

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

INGRESSO VS DIMISSIONE. ANALISI DELLA VARIAZIONE NEL TEMPO DEI VALORI DELLA SCALA IDA NELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA NELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI ASCOLI PICENO

Relatore: Chiar.mo
Dott.ssa Paola Cannella

Tesi di Laurea di:
Thomas Joost Elling

A.A. 2023/24

INDICE

ABSTRACT

1 INTRODUZIONE 1

2 OBIETTIVI 5

3 MATERIALI E METODI 6

1. Disegno dello studio 6

2. Popolazione e campione 6

Criteri di inclusione 6

Criteri di esclusione 8

3. Setting dello studio 8

4. Strumenti di raccolta dati 8

5. Periodo di analisi 9

6. Diagramma di Gantt: attività e tempistiche 9

4 RISULTATI 10

Variazione della media dell'IDA nel tempo: 10

Valutazioni intermedie e variazioni nel tempo della scala IDA 11

Suddivisione dei pazienti in base alla variazione dell'IDA 14

Distribuzione della durata del ricovero. 16

Numero totale di valutazioni effettuate 17

5 DISCUSSIONE 18

Miglioramento medio dell'IDA 18

Andamento individuale e monitoraggio continuo 18

Pazienti con decremento o valori invariati 19

Frequenza delle valutazioni e durata del ricovero 19

IDA come indicatore di qualità dell'assistenza infermieristica 19

Confronto con la letteratura 20

I limiti dello studio 20

Confronto con altri strumenti di valutazione clinica 21

6 CONCLUSIONI 23

Prospettive future 24

BIBLIOGRAFIA 25

SITOGRAFIA 27

ALLEGATI 28

RINGRAZIAMENTI..... 33

ABSTRACT

Introduzione: L'Ospedale di Comunità si configura come un ponte tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella domiciliare, ed offre una risposta efficace ai bisogni dei pazienti cronici o post-acuti. In questo contesto, l'infermiere assume un ruolo centrale nella presa in carico globale dell'assistito. L'adozione di strumenti di valutazione come l'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) permette di monitorare la qualità dell'assistenza erogata. La tesi si propone di esplorare come l'IDA possa fungere non solo da indicatore di complessità assistenziale, ma anche da parametro di misurazione della qualità infermieristica.

Obiettivi: Lo studio si pone due principali obiettivi: dimostrare che i valori IDA tendono a migliorare nel tempo durante la degenza e sostenere che tale scala possa essere utilizzata come strumento dinamico di valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica, superando la semplice classificazione della dipendenza assistenziale.

Materiali e Metodi: È stato condotto uno studio osservazionale presso l'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno tra giugno e ottobre 2024. Sono stati selezionati 35 pazienti sui 63 ricoverati secondo criteri clinici di stabilità e bassa intensità assistenziale. L'IDA è stato rilevato al ricovero, a cadenza settimanale durante la degenza e alla dimissione. I dati sono stati raccolti da cartelle cliniche e successivamente elaborati mediante software Excel, con grafici e tabelle riepilogative.

Risultati: L'analisi ha mostrato un incremento medio dell'IDA da 23,43 al ricovero a 24,00 alla dimissione. Il 65,71% dei pazienti ha registrato un miglioramento del punteggio, il 25,71% è rimasto stabile e l'8,57% ha avuto un decremento. Il numero medio di valutazioni per paziente è stato 6,31. I dati suggeriscono un miglioramento dell'autonomia funzionale in una significativa percentuale di casi.

Discussione: I risultati evidenziano come anche piccoli incrementi dell'IDA in pazienti già a bassa complessità siano clinicamente rilevanti. La valutazione settimanale ha permesso di cogliere fluttuazioni individuali utili per personalizzare l'assistenza. Alcuni decrementi o valori invariati sono stati interpretati come dovuti a fattori clinici

contingenti, più che a una scarsa qualità dell'assistenza. L'IDA si conferma strumento utile e sensibile per misurare nel tempo l'efficacia dell'intervento infermieristico.

Conclusioni: Lo studio dimostra che l'IDA può essere utilizzata con efficacia per valutare l'evoluzione dell'autonomia funzionale dei pazienti e, conseguentemente, la qualità dell'assistenza infermieristica negli Ospedali di Comunità. Il suo impiego consente di valorizzare il ruolo dell'infermiere come gestore di processo e promotore dell'autonomia del paziente. Malgrado i limiti del campione e la mancanza di un confronto randomizzato, i risultati sono promettenti e aprono a nuove prospettive di applicazione e ricerca.

Parole chiave: Ospedale di Comunità, Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA), continuità assistenziale, assistenza infermieristica, autonomia funzionale, qualità dell'assistenza infermieristica.

1 INTRODUZIONE

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria intermedia che si colloca tra l'assistenza ospedaliera ad alta intensità e l'assistenza domiciliare per rispondere alle necessità dei pazienti cronici, fragili o in fase post-acuta, in un ambiente di cura più vicino al territorio e con conseguente riduzione del ricorso all'ospedale tradizionale. *(Carbone, et al. 2021)*.

Questo modello assistenziale nasce dall'esigenza di migliorare l'efficienza del sistema sanitario, garantendo continuità assistenziale e una gestione più razionale delle risorse, e si rifà ad esperienze consolidate a livello internazionale, come i Community Hospitals del Regno Unito, che da oltre cinquant'anni forniscono cure intermedie e supportano la deospedalizzazione, garantendo un passaggio più fluido tra ospedale e assistenza *(Community Hospitals Association. (n.d.).* What are community hospitals? *Retrieved March 6, 2025, from* https://www.communityhospitals.org.uk/what-are-community-hospitals.html).

In Italia, lo sviluppo degli Ospedali di Comunità è stato regolamentato da provvedimenti normativi che ne hanno definito il ruolo e l'integrazione nel sistema sanitario. Il Decreto Ministeriale 70/2015 (Decreto Ministeriale 70/2015 art 2 punto 2.1) ha introdotto il concetto di ospedali per intensità di cura, ponendo le basi per la creazione di strutture intermedie con lo scopo di evitare ricoveri inappropriati. Successivamente, la Legge di Bilancio 2021 e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) *(missione 6-Salute, componente 1, investimento1.3, rafforzamento dell'assistenza intermedia e delle sue strutture)* hanno stanziato risorse per la realizzazione di 400 Ospedali di Comunità entro il 2026 per un totale di 7620 posti letto, potenziando il ruolo dell'infermieristica territoriale e della medicina generale. Il Decreto Ministeriale 77/2022 ha poi delineato gli standard organizzativi di queste strutture, inserendole all'interno delle Case della Comunità e dei Servizi Domiciliari, con un modello di assistenza infermieristica continuativa e supporto medico su richiesta. (*Ministero della Salute. 2022).*

Gli Ospedali di Comunità accolgono prevalentemente pazienti affetti da patologie croniche o in fase di riabilitazione post-acuta, che, pur stabilizzati, necessitano ancora di assistenza per completare il percorso di cura. L'accesso alla struttura avviene su proposta

del medico di base, del pronto soccorso o al momento della dimissione da un reparto ospedaliero. La degenza ha una durata media di 15-20 giorni, con la possibilità di proroga in base alle condizioni cliniche del paziente. Il modello organizzativo di un Ospedale di Comunità si caratterizza per bassa intensità assistenziale e per la gestione infermieristica, con il coinvolgimento di diverse figure professionali a garanzia di un approccio multidisciplinare alla cura, mentre la supervisione medica è garantita da medici di medicina generale o specialisti, che operano in presenza o su richiesta. (*Regione Marche*. 2022).

L'infermiere viene dunque a ricoprire un ruolo centrale nella gestione clinica quotidiana, occupandosi della somministrazione delle terapie, del monitoraggio dei parametri vitali e dell'assistenza nelle attività quotidiane. Oltre a fornire assistenza diretta al paziente, si occupa anche della gestione terapeutica, della prevenzione delle complicanze e dell'educazione sanitaria rivolta sia ai pazienti che ai caregiver. Inoltre, facilita la dimissione protetta e l'integrazione con i servizi territoriali, garantendo la continuità delle cure e contribuendo a un modello di assistenza più sostenibile ed efficace. L'evoluzione dello stato di salute della popolazione, sempre più caratterizzata da cronicità e comorbidità, ha portato a una ridefinizione del concetto di ospedale, sostituendo il modello organizzato per setting con quello basato sull'intensità di cure. In questo approccio, la persona e le sue necessità assistenziali diventano il fulcro dell'organizzazione sanitaria, consentendo una gestione più flessibile ed efficace del percorso di cura. Per identificare il livello di assistenza più adeguato, si adottano strumenti di valutazione standardizzati che analizzano la criticità clinica, la stabilità del paziente e la complessità assistenziale, facilitando il corretto inquadramento nei diversi setting sanitari. Tra le principali scale utilizzate per questa valutazione vi sono il MEWS (Modified Early Warning Score) e il NEWS (National Early Warning Score), entrambi finalizzati a rilevare precocemente il deterioramento clinico attraverso l'analisi di parametri fisiologici quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza e saturazione dell'ossigeno. Il punteggio risultante permette di classificare il rischio clinico in tre livelli: basso (paziente stabile), medio (instabilità moderata) e alto (paziente critico). La valutazione attraverso questi strumenti consente un intervento tempestivo e appropriato, riducendo il rischio di peggioramento delle condizioni cliniche. (Subbe, et al. 2001).

Un ulteriore strumento di valutazione utilizzato negli Ospedali di Comunità è la Scala di Barthel, impiegata per misurare il livello di autonomia del paziente nelle attività quotidiane. Attraverso la valutazione di funzioni essenziali, come mobilità, alimentazione e igiene personale, la scala fornisce un punteggio che aiuta a determinare il grado di dipendenza e il supporto assistenziale necessario. Integrata con altre scale, consente una presa in carico più mirata, ottimizzando la gestione del paziente e il percorso di cura. *(Mahoney, et al. 1965)*

Accanto a queste scale di allerta clinica, l'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) rappresenta un ulteriore strumento essenziale per quantificare l'impegno assistenziale richiesto, classificando i pazienti in base alla loro dipendenza nelle attività quotidiane.

Si vanno a valutare alimentazione e idratazione, mobilizzazione ed eliminazione, i device per la terapia, quindi se il paziente ha un cvc o picc o un cvp o anche la tipologia di terapia se endovenosa o per oss, e anche le capacità relazionali e la percezione sensoriale del paziente, le prestazioni (esami ematici emocolture trasfusioni, esami di routine) e il monitoraggio dei parametri vitali.

I pazienti ad alta complessità assistenziale rientrano nel punteggio da 7 a 11, a media complessità da 12 a 19, a bassa complessità se il punteggio è compreso tra 20 e 28. (*Gennari, et al. 2019).*

L'utilizzo combinato di IDA e MEWS costituisce il sistema Tri-Co (Triage di corridoio), un metodo integrato che consente di valutare simultaneamente la gravità clinica e il livello di dipendenza, ottimizzando l'allocazione delle risorse infermieristiche e migliorando l'appropriatezza dei percorsi di cura. (tabella 1). Questo approccio favorisce una presa in carico più mirata e una gestione più efficiente dei pazienti negli Ospedali di Comunità, garantendo continuità assistenziale e migliorando gli esiti clinici. (*Robb G, et al. 2010.)*.

È stato condotto uno studio osservazionale all'interno dell'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno nel periodo compreso tra giugno 2024 e ottobre 2024 su 63 pazienti che potesse porre in rapporto tra di loro gli indici di dipendenza assistenziale al momento del ricovero e al momento della dimissione, per individuare e dimostrare che è possibile definire una misurabilità della qualità assistenziale infermieristica di rilevanza scientifica facendo ricorso all'utilizzo della scala di valutazione della complessità assistenziale (IDA) in quanto scala che misura il grado di assistenza di cui necessita un paziente durante il ricovero.

Questa scala, infatti, valuta diversi parametri, tra cui la capacità di mobilizzazione, l'autonomia nell'alimentazione, la gestione dell'igiene personale, il controllo delle funzioni fisiologiche e il bisogno di supporto per la terapia farmacologica. Il punteggio risultante consente di classificare il livello di dipendenza del paziente, aiutando a personalizzare il piano assistenziale e a monitorare l'evoluzione delle sue condizioni nel tempo. Nell'ambito dell'Ospedale di Comunità, l'IDA rappresenta un indicatore fondamentale per valutare l'efficacia dell'assistenza infermieristica e il miglioramento dell'autonomia funzionale del paziente tra il momento del ricovero e la dimissione.

Nello studio oggetto di questa tesi sperimentale, si andrà a valutare la qualità assistenziale infermieristica ricorrendo alla scala IDA con una diversa modalità.

2 OBIETTIVI

Gli obiettivi dello studio sono:

1. Dimostrare che i valori della scala di valutazione IDA dei pazienti dell'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno al momento della dimissione saranno aumentati rispetto al momento del ricovero
2. Utilizzare la scala di valutazione IDA non solo come strumento di complessità e dipendenza assistenziale ma anche per valutare la qualità dell'assistenza eseguita dagli infermieri degli OdC

3 MATERIALI E METODI

1. Disegno dello studio

Lo studio ha un disegno osservazionale e mira a raccogliere dati relativi all'aumento dei valori della scala IDA su pazienti dimessi dall'Ospedale di Comunità "Mazzoni" di Ascoli Piceno. L'analisi è stata condotta attraverso la raccolta e l'interpretazione di dati clinici secondo criteri prestabiliti.

2. Popolazione e campione

Population (P): Pazienti dimessi dall'Ospedale Mazzoni.
Intervention (I): [utilizzo della scala IDA da parte degli infermieri nel valutare l'indice di dipendenza assistenziale]
Comparison (C): [rispetto alla valutazione soggettiva senza utilizzare la scala IDA]
Outcome (O): [consentire di identificare i bisogni assistenziali dei pazienti e migliorare la qualità assistenziale]
"Nei pazienti ospedalizzati nell'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno (P), l'uso della scala IDA da parte degli infermieri (I) rispetto alla valutazione soggettiva tradizionale (C) consente di identificare meglio i bisogni assistenziali e migliorare la qualità dell'assistenza (O)?"
Il campione è costituito da pazienti ricoverati e successivamente dimessi dall'Ospedale di Comunità (OdC) dell'Ospedale Mazzoni, selezionati in base ai seguenti criteri:

Criteri di inclusione:

- Stabilità clinica con bassa complessità assistenziale
- Indice di dipendenza assistenziale (IDA) compreso tra 20 e 28
- Modified Early Warning Score (MEWS) tra 0 e 2
- Almeno una settimana di ricovero

La scala di valutazione infermieristica IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale) è uno strumento fondamentale per valutare la dipendenza assistenziale dei pazienti andando a considerare idratazione/alimentazione, eliminazione (alvo e urine), igiene e comfort (se il paziente ha bisogno di aiuto per l'igiene personale), mobilizzazione (allettato o autonomo), procedure diagnostiche (parametri vitali), procedure terapeutiche (se il paziente ha un catetere venoso centrale o periferico o se deve effettuare una terapia endovenosa o per os) e infine la percezione sensoriale (se è vigile o disorientato). Per tutti questi indicatori si attribuisce uno score da 1 a 4 dove 4 rappresenta l'indipendenza e l'autonomia. I pazienti ad alta complessità assistenziale rientrano nel punteggio da 7 a 11, a media complessità da 12 a 19, a bassa complessità se il punteggio è compreso tra 20 e 28. (allegato 1).

La scala di valutazione MEWS (Modified Early Warning Score) è un altro strumento di valutazione infermieristica in grado di rilevare precocemente il deterioramento clinico attraverso l'analisi di parametri fisiologici quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza e saturazione dell'ossigeno. Il punteggio risultante permette di classificare il rischio clinico in tre livelli: basso (paziente stabile), medio (instabilità moderata) e alto (paziente critico). La valutazione attraverso questi strumenti consente un intervento tempestivo e appropriato, riducendo il rischio di peggioramento delle condizioni cliniche. Il punteggio tra 0 e 2 indica una intensità clinica bassa, tra 3 e 4 media e superiore a 5 alta. (allegato 2)

	Complessità assistenziale		
Intensità clinica	**IDA 20-28**	**IDA 12-19**	**IDA 7-11**
MEWS 0-2	Bassa	Media	Alta
MEWS 3-4	Media	Media	Alta
MEWS >5	Alta	Alta	Alta

Tabella 1. Rappresentazione grafica del sistema Tri-Co

Come si evince anche dalla rappresentazione grafica del sistema Tri-Co (Tab 1), sono stati presi in considerazione solo pazienti a bassa intensità assistenziale, quindi con una scala IDA compresa tra 20 e 28 e con una scala MEWS compresa tra 0 e 2.

Criteri di esclusione:

- Pazienti non ammissibili in OdC per instabilità clinica o elevata complessità assistenziale
- Pazienti con IDA inferiore a 20
- Pazienti con MEWS superiore a 2
- Pazienti ricoverati in ospedale per acuzie
- Pazienti con meno di una settimana di ricovero

Tenendo conto di tutti i criteri di inclusione e di esclusione, i pazienti che sono stati inclusi nello studio sono 35 a fronte dei 63 che sono stati ricoverati nell'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno nel periodo da giugno e ottobre 2024

3. Setting dello studio

Lo studio è stato condotto presso l'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno, un setting caratterizzato da pazienti con stabilità clinica e una bassa necessità di intervento assistenziale intensivo.

4. Strumenti di raccolta dati

I dati sono stati raccolti attraverso l'analisi delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria disponibile, includendo informazioni relative a:

- Dati anagrafici e clinici dei pazienti
- Indicatori di stabilità clinica (MEWS, IDA, diagnosi, trattamenti ricevuti, outcome dimissione)
- Durata della degenza in OdC
- Eventuali complicanze o trasferimenti ad altri reparti

Per la raccolta dati è stato utilizzato Excel (Office) creando una tabella con tutti i pazienti, il valore della scala IDA al momento del ricovero e i valori IDA ripresi e ricalcolati ogni 7 giorni per valutare l'andamento della scala nel tempo e nel momento della dimissione.

Per la strutturazione dei risultati sono stati codificati dei grafici elaborati su Excel (Office).

5. Periodo di analisi

La raccolta e l'analisi dei dati sono state effettuate da giugno a ottobre 2024, con una fase successiva di elaborazione e interpretazione dei risultati.

6. Diagramma di Gantt: attività e tempistiche

Di seguito è riportato il diagramma di Gantt (tab 2) che illustra le fasi dello studio e la loro distribuzione temporale:

Attività principali:

1. Giugno 2024 – definizione dello studio
2. Giugno 2024 – selezione del campione
3. Giugno 2024- preparazione strumenti di raccolta dati
4. Giugno-ottobre 2024 – Raccolta dati dai pazienti
5. febbraio 2025 – elaborazione e analisi dati

fase	01/06/24	01/07/24	01/08/24	01/09/24	01/10/24	01/02/25
definizione dello studio						
selezione del campione						
preparazione strumenti						
raccolta dati						
analisi dati						

Tabella 2. *Rappresentazione grafica del diagramma di Gantt*

4 RISULTATI

L'analisi dei dati raccolti ha coinvolto un totale di 35 pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno (AP) nell'intervallo di tempo che va da giugno ad ottobre 2024.

Per ciascun paziente è stata monitorata la variazione dell'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) in tre momenti specifici:

1. Il giorno del ricovero
2. Ad intervalli settimanali durante la degenza
3. Il giorno della dimissione

Variazione della media dell'IDA nel tempo: (grafico 1)

- Media IDA al momento del ricovero: 23,43
- Media IDA al momento della dimissione: 24,00

L'analisi complessiva dei dati mostra un aumento del valore medio dell'IDA tra l'inizio e la fine della degenza.

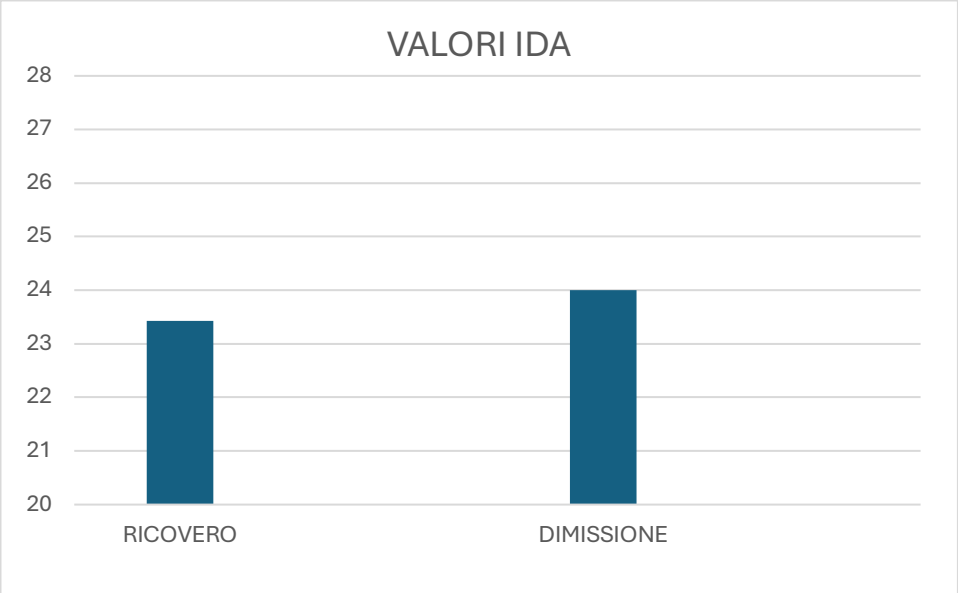


grafico 1. Valori IDA al momento del ricovero in media e valori IDA al momento della dimissione in media

Valutazioni intermedie e variazioni nel tempo della scala IDA

Durante il ricovero, sono state effettuate valutazioni intermedie settimanali per ogni paziente, un monitoraggio periodico che ha consentito di registrare l'andamento della scala IDA nel tempo.

Per agevolare la presentazione dei dati, i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi:
- Il primo gruppo comprende 17 pazienti, (Tabella 3).

	pz1	pz2	pz3	pz4	pz5	pz6	pz7	pz8	pz9	pz10	pz11	pz12	pz13	pz14	pz15	pz16	pz17
t1	26	26	21	25	27	27	21	25	21	24	20	24	20	27	21	21	22
t2	26	26	21	25	27	27	21	25	20	23	21	22	20	27	21	21	22
t3	27	27	21	26	27	27	23	27	20	24	21	22	20	28	21	21	22
t4	28		24	26	26		23	27	20	25	21	22	20	28	24	21	22
t5	27		24	26			22	27	20		21	22	22	28		24	22
t6	27		24						21		23	22		28			24
t7									21		23	22		28			
t8									21		23						
t9											23						
t10											23						
t11											23						
t12											25						

Tabella 3. Variazione nel tempo della scala IDA per i pazienti 1-17

- Il secondo gruppo comprende 18 pazienti, (Tabella 4).

Le variazioni della scala IDA per ciascun paziente sono state riportate in tabelle e rappresentate graficamente tramite due grafici a linee:

- Grafico 2: rappresentazione dell'andamento dell'IDA per il primo gruppo di pazienti dell'IDA per il primo gruppo di pazienti.
- Grafico 3: rappresentazione dell'andamento dell'IDA per il secondo gruppo di pazienti.

	pz18	pz19	pz20	pz21	pz22	pz23	pz24	pz25	pz26	pz27	pz28	pz29	pz30	pz31	pz32	pz33	pz34	pz35
t1	26	26	28	20	20	24	21	21	22	28	21	23	20	22	22	20	27	28
t2	26	26	28	20	20	24	25	21	21	28	21	23	21	22	22	22	27	28
t3	26	26		20	20	22	27			28	21	24		22	23	23	28	28
t4	26	26				26								22		23	28	
t5	26	27												22		23		
t6	26	27												22		23		
t7	26													22		23		
t8														23		23		
t9														23		23		
t10														23				
t11																		
t12																		

Tabella 4. Variazione nel tempo della scala IDA per i pazienti 18-35

Per alcuni pazienti, la registrazione dell'IDA si è interrotta prima delle 12 settimane di osservazione e questo è accaduto per diversi motivi, tra i quali la dimissione anticipata. Questa interruzione ha comportato un numero variabile di rilevazioni per ciascun soggetto.

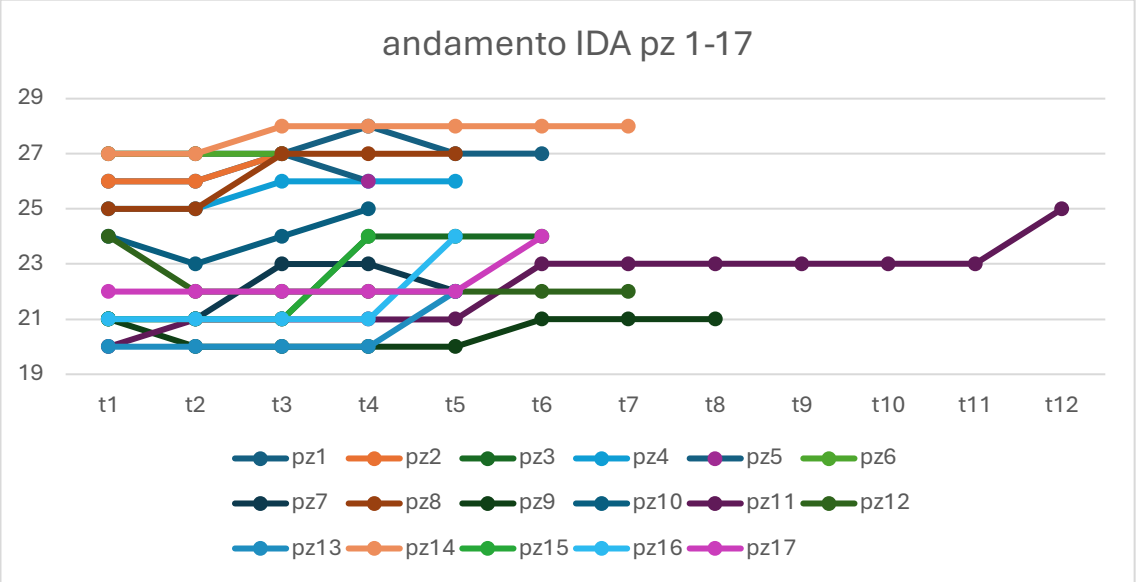


grafico 2. Rappresentazione grafica a linee della tabella 3

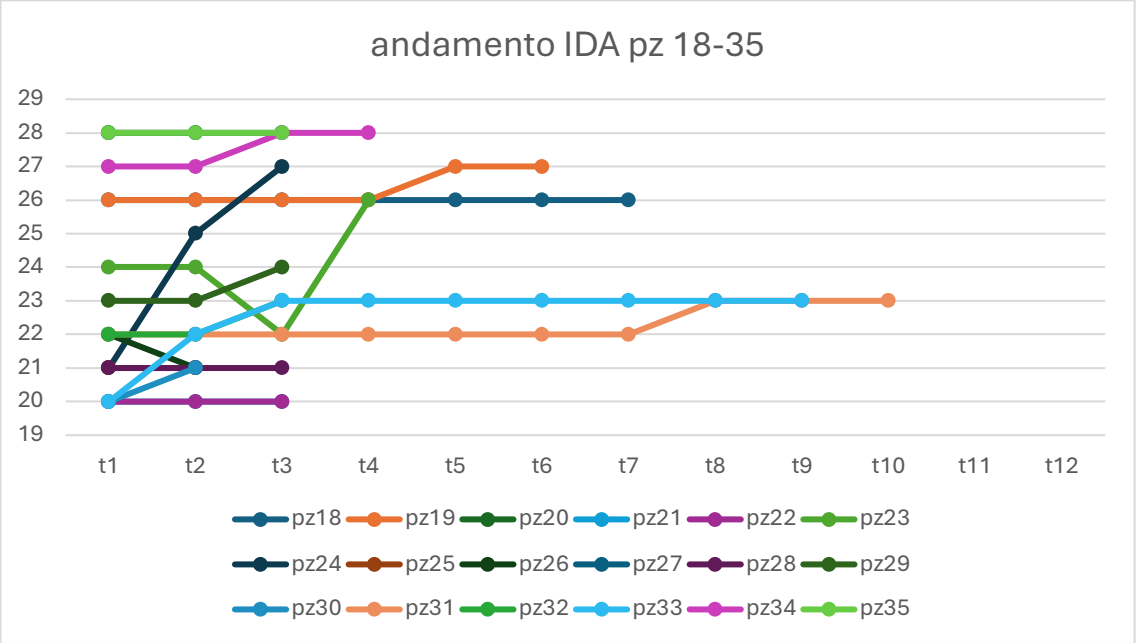


grafico 3. Rappresentazione grafica a linee della tabella 4

Suddivisione dei pazienti in base alla variazione dell'IDA (grafico 4)

In seguito all'analisi delle variazioni individuali dei 35 pazienti oggetto dell'osservazione, è stato possibile suddividerli in tre gruppi principali:

1. Pazienti con decremento dell'IDA (3 su 35, pari all'8,57%):
   - Per questi pazienti si è registrata una riduzione del valore della scala IDA rispetto al momento del ricovero.
   - I pazienti con decremento sono: pz 5, pz 12 e pz 26.
   - I valori percentuali di decremento sono:
     - Pz 5: -3,70%
     - Pz 12: -8,33%
     - Pz 26: -4,55%

2. Pazienti senza variazione dell'IDA nel tempo (9 su 35, pari al 25,71%):
   - In questi pazienti, i valori della scala IDA sono rimasti invariati per tutta la durata del ricovero.
   - I pazienti appartenenti a questa categoria sono: pz 6, pz 18, pz 20, pz 21, pz 22, pz 25, pz 27, pz 28, pz 35.

3. Pazienti con incremento dell'IDA (23 su 35, pari al 65,71%):
   - Per questi pazienti è stato registrato un aumento dell'IDA nel corso del ricovero, indicando una variazione positiva rispetto al valore iniziale.
   - All'interno di questo gruppo è possibile distinguere due ulteriori sottogruppi:
     - Pazienti con incremento costante nel tempo (18 su 23, pari al 78,26%): il valore dell'IDA è aumentato progressivamente senza cali. (grafico 5)
     - Pazienti con andamento incostante (5 su 23, pari al 21,74%): il valore dell'IDA ha subito delle variazioni altalenanti nel corso del tempo. (grafico 5)

In particolare, i pazienti con andamento incostante sono pz 1, pz 7, pz 9, pz 10 e pz 23. In questi soggetti si sono registrati episodi di diminuzione dell'IDA in alcune settimane, ai quali hanno poi fatto seguito degli incrementi.

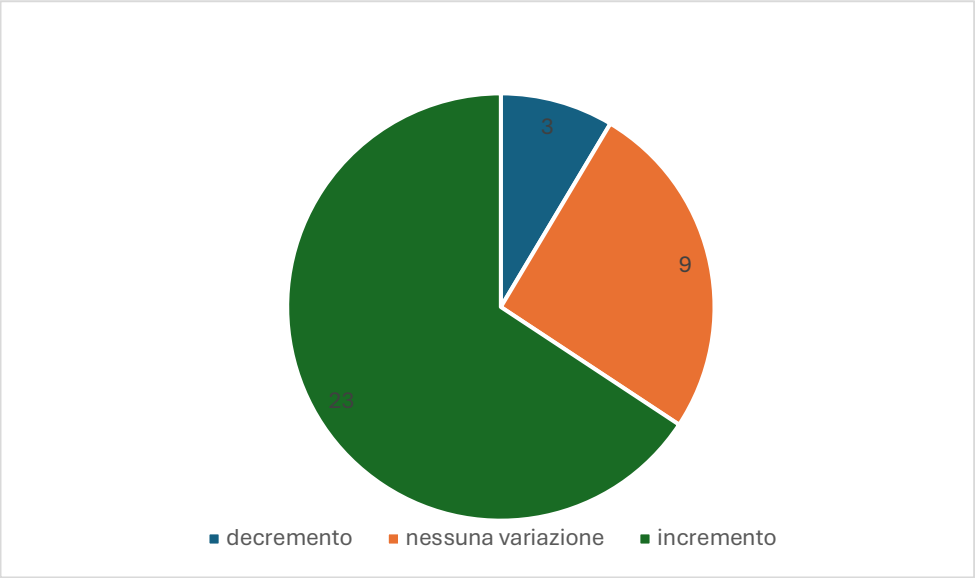


grafico 4. Variazione IDA nei pazienti

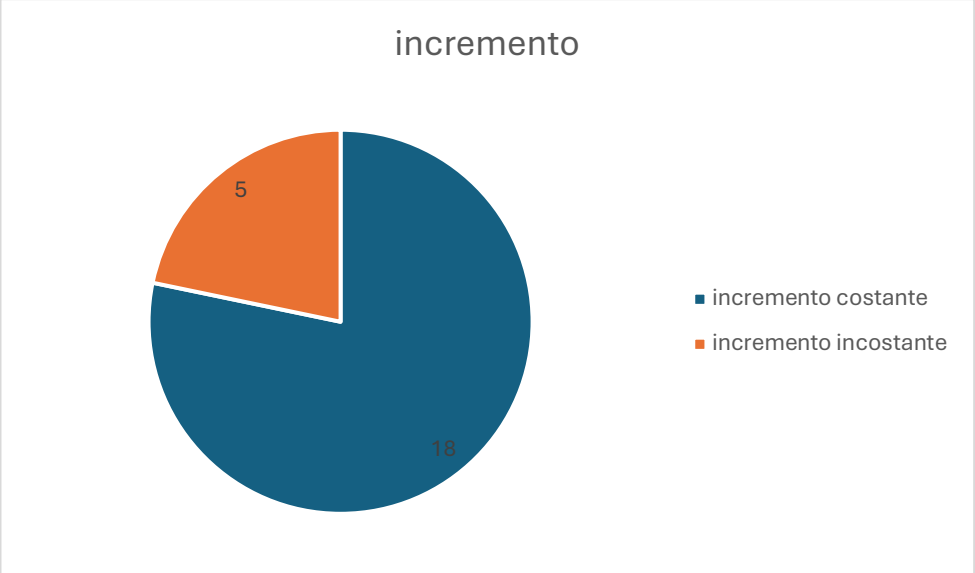


grafico 5. Rappresentazione a torta della tipologia dell'incremento di IDA

Distribuzione della durata del ricovero. (grafico 6)

L'analisi dei dati raccolti mostra anche una variabilità nella durata della degenza tra i pazienti:

- Pazienti con ricovero di durata inferiore a 6 settimane: 10 su 35 (28,57%)
- Pazienti con ricovero tra 6 e 9 settimane: 15 su 35 (42,86%)
- Pazienti con ricovero superiore a 9 settimane: 10 su 35 (28,57%)

Nei pazienti con ricovero più breve, il numero di rilevazioni della scala IDA è inferiore rispetto a chi ha avuto un ricovero prolungato.

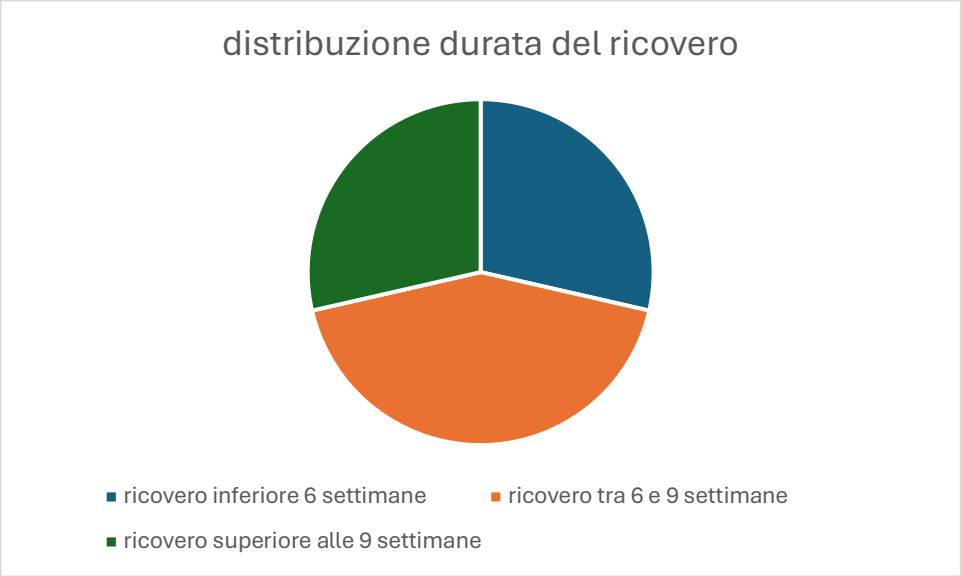


grafico 6. Distribuzione durata del ricovero

Numero totale di valutazioni effettuate

Nel corso dello studio è stato effettuato un totale di 221 valutazioni della scala IDA sui 35 pazienti oggetto dello studio di osservazione.

- Il numero medio di rilevazioni per paziente è stato di 6,31.
- Alcuni pazienti hanno avuto fino a 12 valutazioni, mentre altri, con un ricovero più breve, hanno avuto un numero inferiore di valutazioni.

La frequenza delle valutazioni ha permesso di registrare dettagliatamente l'andamento della scala IDA e di identificare le variazioni individuali.

5 DISCUSSIONE

I risultati dello studio condotto presso l'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno mostrano come la scala IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale) rappresenti un efficace strumento per misurare la qualità dell'assistenza infermieristica nei contesti di cure intermedie.
Lo scopo principale era dimostrare che i valori IDA al momento della dimissione risultassero aumentati rispetto al momento del ricovero, a conferma di un miglioramento dell'autonomia funzionale dei pazienti e quindi della qualità dell'assistenza prestata.

Miglioramento medio dell'IDA

L'aumento della media dell'IDA da 23,43 a 24,00, seppur contenuto, indica in ogni caso un trend positivo. Questo dato, infatti, suggerisce che, all'interno del contesto di un Ospedale di Comunità, anche una piccola variazione può risultare significativa, alla luce del fatto che i pazienti ricoverati presentano già al momento del ricovero un livello di complessità assistenziale basso.
Il dato che quasi il 66% dei pazienti abbia mostrato un incremento dell'IDA rafforza l'ipotesi di efficacia dell'assistenza infermieristica nell'ambito del percorso di cura.

Andamento individuale e monitoraggio continuo

L'adozione di valutazioni settimanali ha consentito di rilevare l'andamento dell'autonomia nel tempo e non solo in un confronto tra inizio e fine degenza. Il monitoraggio continuo tramite IDA permette infatti di adattare tempestivamente gli interventi assistenziali e favorisce una presa in carico più mirata. In particolare, 18 pazienti hanno mostrato un incremento costante nel tempo, a testimonianza di un'evoluzione positiva e lineare del percorso riabilitativo.
I 5 pazienti con andamento incostante suggeriscono invece la necessità di prendere in considerazione anche fattori esterni che possono andare ad interferire temporaneamente con il recupero dell'autonomia (ad esempio, peggioramenti clinici transitori, eventi intercorrenti, problematiche di natura ambientale o relazionale).

Pazienti con decremento o valori invariati

L'8,57% dei pazienti ha mostrato un decremento dell'IDA e il 25,71% nessuna variazione. Sebbene possano sembrare indicatori di una mancata efficacia, tali dati devono essere contestualizzati: nei pazienti con punteggio IDA già elevato (vicino al valore massimo di 28), risulta difficile ottenere margini di miglioramento significativi. Inoltre, nei pochi casi di regressione, può aver influito la comparsa di complicanze cliniche o eventi imprevisti non direttamente correlabili alla qualità dell'assistenza infermieristica, come suggerito dalla letteratura sui fattori che influiscono sull'autonomia nei pazienti anziani o cronici (Carbone et al., 2021).

Frequenza delle valutazioni e durata del ricovero

Con una media di 6,31 valutazioni per paziente e un totale di 221 rilevazioni, emerge chiaramente l'importanza del monitoraggio continuo per poter cogliere le variazioni dell'autonomia.
I pazienti con degenze più lunghe hanno beneficiato di una maggior possibilità di osservazione e di pianificazione assistenziale ma, anche nel caso di ricoveri più brevi, è stato comunque possibile identificare variazioni utili, a ulteriore conferma dell'adattabilità dello strumento IDA a diversi contesti di carattere temporale.

I dati rilevati che si riferiscono alla durata del ricovero sono importanti perché sottolineano il fatto che i pazienti ricoverati per un periodo di tempo molto lungo sono evidentemente pazienti più complessi e dunque anche un minimo aumento della scala IDA deve essere considerato un valore molto positivo, a conferma della correttezza della scelta di percorso assistenziale in funzione dei loro bisogni.

IDA come indicatore di qualità dell'assistenza infermieristica

Uno dei principali punti di forza emersi dallo studio è la possibilità di ricorrere all'impiego della scala IDA non solo come strumento di classificazione della complessità

assistenziale, ma anche come indicatore dinamico della qualità dell'assistenza infermieristica.
Il miglioramento del punteggio nel tempo, infatti, riflette l'efficacia degli interventi assistenziali erogati e valorizza il ruolo centrale dell'infermiere nei percorsi di cura. Questo criterio propone una visione più scientifica e misurabile della performance infermieristica, oltre ad aprire a future applicazioni anche in chiave gestionale, per poter valutare l'impatto del personale e delle risorse sul miglioramento dell'outcome clinico.

Confronto con la letteratura

Sebbene manchi un confronto diretto con studi simili, i risultati sono comunque coerenti con quanto emerso nella letteratura riguardante gli strumenti di valutazione dell'autonomia funzionale (Mahoney et al., 1965; Gennari et al., 2019) e la validità dei modelli organizzativi che puntano alla presa in carico integrata del paziente cronico o fragile.
Inoltre, l'utilizzo congiunto dell'IDA e del MEWS, sebbene in questo studio sia stata privilegiata l'IDA, potrebbe rappresentare un ulteriore passo avanti verso una valutazione integrata e personalizzata della qualità assistenziale.

I limiti dello studio

È in ogni caso doveroso segnalare alcuni limiti dello studio, in particolare:
- la numerosità ridotta del campione (35 pazienti),
- la mancanza di randomizzazione o di un gruppo di controllo,
- la possibile influenza di fattori non rilevati sulla variazione dell'IDA,
- la durata relativamente breve dello studio condotto.

Ma questi limiti non compromettono il valore esplorativo e applicativo dell'indagine, che ha comunque evidenziato risultati interessanti e incoraggianti.

Confronto con altri strumenti di valutazione clinica

Nell'ambito della pratica infermieristica, esistono diversi strumenti validati per la valutazione delle condizioni cliniche e dell'autonomia dei pazienti.
Lo strumento scelto in questo studio, l'IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale), si distingue per la sua capacità di integrare in un'unica scala variabili che riflettono il bisogno assistenziale globale.
Per comprendere meglio il suo valore, si ritiene comunque utile porlo a confronto con altri strumenti clinici largamente utilizzati.

Il Barthel Index è una delle scale più note per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana (ADL), come alimentazione, igiene, spostamenti e controllo sfinterico.
Viene comunemente impiegato in ambito riabilitativo e geriatrico.
Presenta però il limite di rilevare il grado di indipendenza funzionale del paziente senza prendere in considerazione elementi assistenziali come la somministrazione di terapie, la gestione dei device o il monitoraggio clinico, che sono invece parte integrante dell'IDA.

Il Katz Index rappresenta un'altra scala ADL di uso consolidato, strutturata su sei funzioni fondamentali (bagnarsi, vestirsi, andare in bagno, mobilità, continenza, alimentazione). Anch'esso risulta utile per classificare l'autonomia del paziente, ma si profila come uno strumento caratterizzato da maggior staticità, e dunque meno articolato e con una visione parziale rispetto alla complessità dell'assistenza infermieristica quotidiana, soprattutto nei setting territoriali come gli Ospedali di Comunità. (allegato 3) (Sherry A. Greenberg et al. 2019)

Diverso è invece l'approccio del MEWS (Modified Early Warning Score) e del NEWS (National Early Warning Score), strumenti orientati alla rilevazione precoce del deterioramento clinico attraverso l'analisi di parametri fisiologici (frequenza cardiaca, respiratoria, pressione arteriosa, temperatura, stato di coscienza, saturazione di ossigeno). Entrambi risultano essere fondamentali per la classificazione del rischio clinico e l'attivazione tempestiva di eventuali interventi, ma non forniscono informazioni

sull'autonomia funzionale o sul carico assistenziale richiesto. Sono strumenti complementari ma non sovrapponibili all'IDA.
A differenza degli strumenti citati, l'IDA integra variabili cliniche, funzionali e assistenziali, e va ad includere elementi come l'igiene e il comfort, la necessità di aiuto per la mobilizzazione, la somministrazione di terapie (per os o endovenosa), la presenza di accessi venosi, la percezione sensoriale e la frequenza delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.
Questa modalità valutativa rende l'IDA particolarmente efficace per descrivere la complessità reale dell'assistenza infermieristica, orientare le risorse e monitorare nel tempo i miglioramenti o i peggioramenti dell'autonomia del paziente.

Volendo trarre delle conclusioni utili da questo raffronto, si può dire che mentre la Barthel e il Katz Index offrono una valutazione dell'autonomia, e il MEWS/NEWS una valutazione del rischio clinico, l'IDA si configura come uno strumento ibrido, dinamico e operativo, capace di misurare con maggiore completezza l'intensità dell'assistenza infermieristica necessaria, risultando quindi ideale per contesti come gli Ospedali di Comunità, all'interno dei quali l'infermiere assume un ruolo centrale nella presa in carico globale del paziente.

6 CONCLUSIONI

L'utilizzo della scala IDA all'interno dell'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno ha permesso di valutare in modo oggettivo e sistematico la qualità dell'assistenza infermieristica prestata durante la degenza.
I risultati dello studio dimostrano che nella maggior parte dei pazienti (65,71%) si è osservato un miglioramento dell'autonomia funzionale, misurabile attraverso un incremento del punteggio IDA, che rappresenta un indicatore significativo della buona riuscita del percorso assistenziale, e questo non soltanto in termini di outcome clinico, ma anche come testimonianza dell'efficacia del lavoro infermieristico.

Questo dato assume ancora più valore se si considera che i pazienti ricoverati negli Ospedali di Comunità presentano generalmente un profilo clinico a bassa intensità, con già un buon grado di autonomia al momento del ricovero.
In tale contesto, riuscire comunque a migliorare ulteriormente i livelli di indipendenza rappresenta un obiettivo rilevante, in linea con i principi della presa in carico territoriale, del nursing di continuità e dell'assistenza centrata sulla persona.

Lo studio oggetto di questa tesi permette poi di porre in evidenza anche la possibilità di utilizzare l'IDA non solo come strumento classificatorio, ma come parametro dinamico per monitorare l'andamento clinico e l'efficacia delle strategie assistenziali nel tempo.
La frequenza delle valutazioni, con una media di oltre sei rilevazioni per paziente, ha consentito di effettuare un'analisi dettagliata dei cambiamenti, andando ad individuare anche quei casi in cui l'andamento è stato incostante o è regredito, il che ha fornito preziose informazioni per un miglioramento continuo.

Dal punto di vista metodologico, lo studio ha dimostrato che è possibile introdurre un sistema di valutazione quantitativo in contesti a bassa intensità, senza sovraccaricare il lavoro degli infermieri, ma anzi valorizzandone la professionalità.
L'infermiere non viene quindi visto come mero operatore dell'assistenza, ma anche come osservatore clinico, gestore del processo di cura, protagonista della valutazione di esiti e promotore dell'autonomia del paziente.

Va sottolineato, tuttavia, che la ricerca presenta alcuni limiti intrinseci: la numerosità ridotta del campione, l'assenza di un gruppo di controllo, l'impossibilità di confrontarsi con uno standard già validato nella stessa popolazione.
Inoltre, l'indice IDA, pur affidabile, non include aspetti psicologici o relazionali del percorso assistenziale, che potrebbero comunque andare ad influire sull'autonomia percepita e su quella reale.

Nel confronto con altri strumenti di valutazione, l'IDA emerge come particolarmente adatto al contesto degli Ospedali di Comunità grazie alla sua specificità per la pratica infermieristica e alla sua capacità di misurare in modo sintetico e chiaro il bisogno assistenziale globale del paziente.
Rispetto ad altri strumenti come il Barthel Index, il Katz Index o il MEWS, che si focalizzano invece su aspetti parziali o su pazienti a diversa intensità di cura, l'IDA risulta più aderente alla realtà operativa e più funzionale nel guidare l'allocazione delle risorse infermieristiche.

Prospettive future

Alla luce di questi risultati, sarebbe auspicabile estendere lo studio ad altri Ospedali di Comunità per aumentare la numerosità del campione e validare ulteriormente l'efficacia dell'IDA come strumento di monitoraggio della qualità assistenziale.
Inoltre, un'integrazione dell'IDA con strumenti di valutazione della qualità di vita, del benessere percepito o della soddisfazione del paziente potrebbe ulteriormente arricchire la prospettiva valutativa e dunque offrire un quadro ancora più completo della presa in carico.

Infine, l'esperienza acquisita dimostra come l'infermieristica di comunità possa e debba basarsi su strumenti oggettivi, monitoraggi sistematici e una cultura della misurazione dell'esito assistenziale, una metodologia in linea con le indicazioni del DM 77/2022 e del PNRR, che pongono l'assistenza territoriale e gli Ospedali di Comunità come cardini di un sistema sanitario moderno, integrato e sostenibile.

BIBLIOGRAFIA

- Carbone, S., Nardi, R., Brambill a, G., et al. (2021*). L'ospedale di comunità: una risorsa per il territorio. "Assistenza Infermieristica e Ricerca, 40" (2), 76-82*.

- Ministero della Salute. (2015). "*Decreto Ministeriale 70/2015: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*".

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). "Missione 6 - Salute, Componente 1, Investimento 1.3: *Rafforzamento dell'assistenza intermedia e delle sue strutture*".

- Ministero della Salute. (2022). "*Decreto Ministeriale 77/2022: Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*".

- Levison, S. A., & Melby, V. (2020). Community hospitals and intermediate care: A review of international models and best practices. "*Journal of Advanced Nursing, 76"(5), 1148-1157.*

- Subbe, C. P., Kruger, M., Rutherford, P., & Gemmel, L. (2001). *Validation of a modified early warning score in medical admissions. "QJM: An International Journal of Medicine, 94"(10), 521-526.*

- Royal College of Physicians. (2017). "*National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardizing the assessment of acute illness severity in the NHS". RCP London. https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2*

- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation: The Barthel Index. "Maryland State Medical Journal, 14", 61-65*.

- Carpenito, L. J. (2020). *"Diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica". Elsevier.*

- Gennari, R., et al. (2019*). L'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) come strumento di valutazione infermieristica nei setting territoriali. "Italian Journal of Nursing Science, 38"(3), 44-52.*

- Kline, A., & Demetriou, E. (2021). *Intermediate care in Europe: A systematic review of patient outcomes and care models. "European Journal of Public Health, 31"(4), 657-663.*

- Regione Marche. (2022). *"Linee guida per la gestione degli Ospedali di Comunità nelle Marche. Bollettino Ufficiale Regione Marche".*

- Greenberg, S. A., & Coyne, R. (2019*). "Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)". New York University Rory Meyers College of Nursing*.

SITOGRAFIA

1. Community Hospitals Association. (n.d.). *What are community hospitals?* Retrieved March 6, 2025, from https://www.communityhospitals.org.uk/what-are-community-hospitals.html (10/03/2025)
2. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.norme.marche.it/NormeMarche/atto/download-file. (19/03/2025)
3. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/ID0014f_vol_I.pdf&ved=2ahUKEwjqu5a6iZmMAxXe8LsIHSSvIYQQFnoECAkQAQ&usg=AOvVaw2Q-t0bvH5IX8B-jLvqZKbO (20/03/2025)

ALLEGATI

Allegato 1: Scala Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA)

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione
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 continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h	1	Stato soporoso / Coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi di giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 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 totale: _____

Allegato 2: scala di valutazione infermieristica MEWS(Modified Early Warning Score)

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

Allegato 3: Katz Index of Indipendence in Activities of daily living

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

Activities Points (1 or 0)	**Independence** (1 Point) NO supervision, direction or personal assistance	**Dependence** (0 Points) WITH supervision, direction, personal assistance or total care
BATHING Points: _____	(1 POINT) Bathes self completely or needs help in bathing only a single part of the body such as the back, genital area or disabled extremity	(0 POINTS) Need help with bathing more than one part of the body, getting in or out of the tub or shower. Requires total bathing
DRESSING Points: _____	(1 POINT) Get clothes from closets and drawers and puts on clothes and outer garments complete with fasteners. May have help tying shoes.	(0 POINTS) Needs help with dressing self or needs to be completely dressed.
TOILETING Points: _____	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.	(0 POINTS) Needs help transferring to the toilet, cleaning self or uses bedpan or commode.
TRANSFERRING Points: _____	(1 POINT) Moves in and out of bed or chair unassisted. Mechanical transfer aids are acceptable	(0 POINTS)Needs help in moving from bed to chair or requires a complete transfer.
CONTINENCE Points: _____	(1 POINT) Exercises complete self control over urination and defecation.	(0 POINTS) Is partially or totally incontinent of bowel or bladder
FEEDING Points: _____	(1 POINT) Gets food from plate into mouth without help. Preparation of food may be done by another person.	(0 POINTS) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.

Total Points: _____

Score of 6 = High, Patient is independent.
Score of 0 = Low, patient is very dependent.

Allegato 4: richiesta autorizzazione tesi di laurea in infermieristica

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Regione Marche
Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno
0025173|18/03/2025
|AST-AP|S.A.G.C.|A

ast ASCOLI PICENO MARCHE

Alla Cortese Attenzione del

Direttore Generale *Dott.ssa* Maria Bernardette Di Sciascio

Direttore D.M.O. *Dott.* Giancarlo Viviani

Direttore U.O.C. Governo Clinico *Dott.* Remo Appignanesi

Direttore F.F. U.O.C. Professioni Sanitarie *Dott.* Massimo Massetti

Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti UNIVPM *Dott.* Stefano Marcelli

Macro Area Ospedaliera Dott.ssa CRISTINA PROIETTI

Macro Area Territoriale *Dott.ssa* LUCIA RICCI

p.c. Direttori dell'U.O. ed i Coordinatori

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione tesi di laurea in Infermieristica

Con la presente lo studente Thomas Elling iscritto al III anno del Corso di Laurea in Infermieristica Università Politecnica delle Marche, polo di Ascoli Piceno, tutelata da regolare assicurazione, *chiede* di poter condurre le attività di cui all'oggetto presso il Presidio Ospedaliero/U.O./Servizio da Lei diretto per l'elaborazione della Tesi finale di Laurea dal **titolo**: "Ingresso vs Dimissione. Analisi dell'incremento dei valori della scala IDA nella valutazione della qualità assistenziale infermieristica nell'Ospedale di Comunità di Ascoli Piceno".

Relatore: Dott.ssa Paola Cannella

Correlatore: _____

Il razionale scientifico della ricerca :

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Decreto ministeriale 70/2015, Decreto Ministeriale 77/2022, scala di valutazione infermieristica IDA(indice dipendenza assistenziale) e MEWS (modified early warning score), scala di valutazione infermieristica di Barthel

L'obiettivo primario della ricerca è:

Dimostrare che i valori della scala di valutazione IDA dei pazienti dell'ospedale di comunità di Ascoli Piceno al momento della dimissione saranno aumentati rispetto al momento del ricovero

Eventuali obiettivi secondari:

Utilizzare la scala di valutazione IDA non solo come strumento di complessità assistenziale ma anche per valutare la qualità dell'assistenza eseguita dagli infermieri nell'Ospedale di Comunità

I materiali e metodi (consultazione cartelle cliniche, somministrazione questionari, interviste, etc):

consultazione di cartelle cliniche

Tutte le informazioni raccolte saranno utilizzate esclusivamente e conformemente all'obiettivo e nel pieno rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679 (GDPR). Confidando in un Vostro riscontro positivo, si rimane a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Con osservanza.

Lo Studente: _____

Il Relatore: _____

Il correlatore: _____

Dott.ssa Maria Bernadette Di Sciascio
Direttore Generale ff
Regione Marche - AST di Ascoli Piceno

Il Direttore Generale

Dott. Giancarlo Viviani
DIRETTORE MEDICO
U.O.C. DIREZIONE MEDICA P.O.U.
AST - Ascoli Piceno

Il Direttore D.M.O.

Il Direttore U.O.C. Governo Clinico

Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno
AST - ASCOLI PICENO
Dott. Re[illegible]
Direttore UOC [illegible]

Il Direttore delle Professioni Sanitarie

Dott. Giancarlo Viviani
DIRETTORE MEDICO
U.O.C. DIREZIONE MEDICA P.O.U.
AST - Ascoli Piceno

La Macro Area Ospedaliera/Territoriale

AST - ASCOLI PICENO
Incaricato di Funzione Organizzativa
Macroarea Ospedaliera
Ascoli Piceno
Dott.ssa Cristina Brunetti

AST ASCOLI PICENO
Incaricato di Funzione Organizzativa
Macroarea Territoriale
Ascoli Piceno
Dott.ssa LUCIA MIELLI

Ascoli Piceno, li 7 / 06 / 2024

RINGRAZIAMENTI

Giunto alla fine di questo percorso desidero esprimere la mia gratitudine a chi mi è stato accanto con affetto, pazienza e incoraggiamento.

Alla mia famiglia, per avermi sostenuto in ogni passo con amore incondizionato e presenza costante, per aver creduto in me anche quando io stesso facevo fatica a farlo. Questo traguardo è anche vostro.

Ai miei amici, compagni preziosi di vita, grazie per le risate le parole giuste al momento giusto e per esserci stati sempre, anche nel silenzio.

Il vostro supporto ha reso tutto più leggero.

Alla mia relatrice, per la disponibilità, la guida competente e il rispetto con cui ha accompagnato il mio lavoro.

Grazie per avermi lasciato spazio per esprimermi e, al tempo stesso, per avermi aiutato a mantenere la rotta.

A tutti voi: questo non è solo un punto d'arrivo, ma un inizio che porterà con sé il vostro riflesso.

Con gratitudine profonda

Dr. Thomas

