



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

L'intensità assistenziale: un percorso applicativo in
ambito Ospedaliero dell'Ast di Macerata

Candidata

Rosa Piccirilli

Relatore

Dott. Paolo Antognini

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

Indice

1. Introduzione	3
2. Background	5
2.1 I mutamenti del contesto socio- sanitario italiano	7
2.2 L'organizzazione per intensità di cura: un'opportunità di sviluppo organizzativo	9
2.3 Classificazione dei livelli di intensità	11
2.4 Articolazione del setting assistenziale	15
3. Obiettivo	16
4. Materiali e metodi	16
5. Risultati	17
5.1 Riferimenti normativi nazionali	17
5.2 Normativa regionale	28
5.3 La determinazione del fabbisogno di personale	21
5.4 Metodologia per aree omogenee di degenza	24
5.5 Analisi (1)	26
5.5.1 Caratteristiche del campione	26
5.5.2 Setting chirurgico	26
5.5.3 Setting medico	29
5.6 Analisi (2)	31
5.6.1 Chirurgia generale in prima giornata	31
5.6.2 Chirurgia generale in quinta giornata	33
5.6.3 Medicina generale in prima giornata	35
5.6.4 Medicina generale in quinta giornata	37
5.6.5 Modalità di dimissione del paziente	39
6. Discussione	40
7. Limiti	45
8. Conclusione	45
Bibliografia	48

1. Introduzione

La sanità pubblica è oggetto da anni di un processo di “aziendalizzazione”, finalizzato al duplice scopo di contenere la spesa e migliorare il servizio erogato al paziente.

Alle modifiche formali apportate dalla riforma e al tentativo di introdurre una “cultura” manageriale nella gestione ospedaliera, non sempre è corrisposta la reale “centralità del paziente” nell’implementazione dei modelli organizzativi di volta in volta proposti.

Tra gli aspetti di studio e sviluppo dei sistemi sanitari regionali, che seguono l’evoluzione culturale e organizzativa delle modalità assistenziali, si colloca attualmente quello riguardante il “ruolo dell’ospedale” e la funzione ospedaliera di cura e assistenza.

La riorganizzazione dei modelli assistenziali in sanità viene definita nella letteratura di economia sanitaria anglosassone con il termine di “*health care redesign*”, un termine in rapida evoluzione che non è un modo diverso per indicare cambiamento o riorganizzazione, ma semmai una trasformazione radicale finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi.

Il termine “*health care redesign*” segna la trasformazione delle tradizionali pratiche assistenziali per arrivare a fornire il miglior processo per l’erogazione rapida ed efficace delle cure, muovendosi nella prospettiva della persona assistita, ridisegnando i percorsi assistenziali con lo scopo di rimuovere gli ostacoli e le potenziali fonti di errore assicurando decisamente la qualità delle cure.

Le grandi Riforme Italiane del Sistema sanitario che si sono succedute negli anni hanno determinato una grande svolta nel panorama sanitario: la prima introdotta con la 833/78 (Legge 23 dicembre 1978, n.833 "Istituzione del servizio sanitario regionale") che istituisce il Servizio sanitario Nazionale, chiude definitivamente l’era mutualistica ponendosi obiettivi di maggiore omogeneità, equità ed efficienza per la tutela della salute di tutta la comunità. Con il D.lgs. 502/1992 (D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L.23 ottobre 1992, n.42) e successive modifiche, il sistema sanitario viene articolato su tre livelli (Stato, Regioni, Azienda).

La USL diventa “Azienda pubblica di servizi”, con personalità giuridica pubblica, dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, contabile, patrimoniale e tecnica.

Con l’emanazione del D.lgs. 229/99 (D.Lgs. 19 giugno 1999, n.299 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419") si realizza la cosiddetta Riforma Ter, che determina un rilancio del SSN e si conferma che le ASL sono Aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e funzionamento diretto da un atto aziendale del tutto privato. Trasformare le USL in Aziende Sanitarie significa dunque introdurre a livello gestionale i principi di *efficacia, efficienza, qualità ed economicità*. La tendenza sempre più condivisa è quella che vuole una rete fatta di poche strutture ad elevata complessità assistenziale, intorno a cui si articola l’insieme di presidi ospedalieri di minor complessità e quelli territoriali.

L’ospedale di ieri organizzato intorno al sapere medico e su specialità differenziate, fondato su un’unica figura primaria e costruito con un’architettura a padiglioni che rimanda al concetto di separatezza, viene superato da nuovi modelli ospedalieri che intendono rispondere ai cambiamenti.

Socioculturali avvenuti nel nostro paese negli ultimi anni 20. Le tradizionali modalità organizzative di presa in carico del paziente, di prassi medica ed assistenziali appaiono insufficienti a rispondere in modo efficace al cambiamento in atto: il principio di “*Hosting*” tipico dei modelli tradizionali di ospedale, è superato dal principio di case management che assicura la presa in carico della persona assistita mediante un’assistenza personalizzata, unica e globale. L’obiettivo è quello di mettere al centro della struttura il paziente indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi (Medico Tutor/Infermiere Referente), per favorire l’appropriatezza nell’uso delle strutture ed un’assistenza continua e personalizzata.

2. Background

Il panorama sanitario italiano è profondamente cambiato negli ultimi anni. La necessità di un nuovo scenario è stata dettata da una serie di fattori che in maniera più o meno incisiva hanno contribuito al cambiamento e che hanno portato allo sviluppo di un nuovo modello ospedaliero che si è concretizzato nell'Ospedale per Intensità di cure. L'ospedale per intensità di cure è un modello volto a caratterizzarsi sempre di più come luogo di cura delle acuzie e che si appoggia solidamente alle attività territoriali che promuovono la continuità assistenziale. La filosofia che guida la struttura è la filosofia 'Lean Thinking', un programma di ottimizzazione dei servizi che ha l'obiettivo principale di aumentare la qualità dei servizi erogati con le stesse risorse. Nell'intensità di cura il protagonista principale è il *paziente*: diversamente dall'ospedale organizzato per disciplina dove i pazienti venivano ricoverati nelle diverse unità in base alla patologia, nel nuovo modello viene ricoverato in base alla sua instabilità clinica e alla complessità assistenziale e sono i diversi professionisti a girare intorno a lui.

In particolare, il concetto di complessità assistenziale non ha ancora trovato una definizione univoca, nonostante quella attualmente più condivisa sia quella offerta da Moiset che indica la complessità assistenziale come *“l'insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espressi in termini di intensità di impegno e quantità-lavoro dell'infermiere”*. (Moiset, Vanzetta, & Valicella, 2003)

Per intensità di cura si intende invece la determinazione dell'intensità clinicamente richiesta, in base alla patologia e a specifiche alterazioni dei parametri fisiologici. Generalmente vengono individuati tre livelli di intensità di cure, assegnati sulla base delle caratteristiche tecnologiche disponibili, delle competenze presenti e della tipologia, per quantità e qualità, di personale assegnato: alta intensità, media intensità e bassa intensità (Moroni, et al., 2011).

A indicare la configurazione dell'organizzazione ospedaliera, così come l'*iter* di presa in carico e gestione del paziente, è innanzitutto la complessità clinica, che una volta stabilita attraverso scale visionate, orienterà il paziente a un preciso livello nel quale esso riceverà le cure prescritte, secondo uno specifico grado di intensità. Tuttavia, dato il grado richiesto, a costituirsi come variabile del processo è la parte assistenziale, la quale deve

essere intesa come entità flessibile, in grado di adattarsi alle specificità delle istanze (Pignatto, Regazzo, & Tiberi, 2010).

Silvestro nel 2009 identifica la *complessità assistenziale* come l'interazione di tre variabili: la stabilità/instabilità clinica, la capacità dell'assistito di definire le proprie necessità e la possibilità di agire autonomamente ed efficacemente (Silvestro, Maricchio, Montanaro, Molinar Min, & Rossetto, 2009).

Per *intensità clinica* si intende invece la determinazione del livello di instabilità clinica, inteso come il grado e la numerosità dei parametri fisiologici alterati sulla base della patologia diagnosticata. Il modello organizzativo per intensità di cura basato sulla definizione dei livelli di complessità deve quindi tenere conto anche delle specificità dell'approccio infermieristico, maggiormente orientato ai bisogni e all'autonomia del paziente, piuttosto che solo alla patologia in sé. Da qui la necessità di iniziare un percorso di studio per sostenere l'eventuale scelta di uno strumento per la classificazione dei pazienti che consenta ai professionisti di intercettare in modo affidabile il livello di intensità clinica/complessità assistenziale dei pazienti presi in carico. I sistemi di classificazione dei pazienti in ambito infermieristico si sono sviluppati prevalentemente negli USA, in Inghilterra e nei paesi nordici a partire dagli anni '60. Giovannetti definisce la classificazione dei pazienti come una categorizzazione basata su una stima dei loro bisogni di assistenza durante uno specifico periodo di tempo (Giovannetti, 1979). Lo scopo principale di questi sistemi è di prevedere il livello di *risorse umane sulla base delle variazioni dei bisogni di assistenza*, confrontare la quantità di assistenza offerta tra simili e definire la quantità di risorse da assegnare (Allegrini, et al., 2006).

In ambito più strettamente clinico i sistemi di classificazione permettono di definire il setting più appropriato per il paziente in base alla intensità clinica/complessità assistenziale.

2.1 I mutamenti del contesto sociosanitario italiano

L'evoluzione della domanda di salute e lo sviluppo della rete dei servizi hanno portato a una profonda revisione del ruolo dell'ospedale che, da luogo privilegiato della cura, competente per un insieme esaustivo di servizi, si specializza sempre più verso l'alta intensità assistenziale caratterizzata da tecnologie e competenze specialistiche altamente integrate. Le unità operative di medicina interna si stanno caratterizzando per il trattamento di pazienti acuti; la riduzione negli anni dei letti, l'aumento di prestazioni in day-hospital, day-service e ambulatori hanno concentrato, nei reparti medici, pazienti con patologie gravi sia acute che croniche spesso riacutizzate.

Inoltre, l'allungamento della vita media della nostra popolazione ha portato con sé una tipologia di paziente fragile, a rischio di complicanze, che è quasi sempre affetto da comorbidità con necessità di elevata intensità di assistenza.

Tuttavia anche nei reparti chirurgici vi sono pazienti che ad esempio si ricoverano per eseguire un intervento chirurgico programmato ma che nel post operatorio modifica profondamente i propri bisogni di cura medica e assistenza infermieristica: all'ingresso il paziente è stabile (tanto che l'ammissione avviene spesso la mattina stessa dell'intervento), nel post operatorio è un paziente che richiede una cura e una assistenza particolare per monitorare l'evoluzione (per questo si strutturano per i casi più impegnativi le Terapie Intensive Post Operatorie), a qualche giorno di distanza assume un ulteriore profilo di complessità e nei giorni immediatamente precedenti la dimissione torna ad essere come all'ingresso. Mescolare tutte queste tipologie di pazienti in una corsia di vecchio tipo crea automaticamente una sproporzione nelle diverse fasi tra bisogni e di assistenza.

La necessità di un nuovo modello di assistenza, basato sulla valutazione della complessità clinica e dell'intensità assistenziale, può evitare l'erogazione a tutti i pazienti di un livello di cure "medio", abbassando di fatto il livello assistenziale dei pazienti più gravi ed elevando inutilmente quello dei pazienti più stabili.

Nell'attuale organizzazione delle aree di cura, basata sulla tradizionale suddivisione in Aree Mediche e Aree Chirurgiche e, nel loro ambito, in Unità Operative, l'estrema variabilità della gravità clinica e del carico assistenziale rappresentano una situazione

abituale. Uno standard assistenziale “medio” può risultare superiore alle necessità per alcuni pazienti, ma chiaramente insufficiente per altri.

Le conseguenze di tale “appiattimento alla media” sono note rispettivamente come effetto “tetto” ed effetto “pavimento” (Alessandri, et al., 2007).

L’effetto “*tetto*” si verifica quando un utente con elevati bisogni è inserito in un “sistema a bassa offerta” e tende a stressare il sistema ottenendo più assistenza rispetto agli altri utenti ricoverati, ma senza mai ricevere quella di cui necessita; ne deriva un’assistenza inadeguata.

L’effetto “*pavimento*” si ha quando un utente con modesti bisogni è inserito in un “sistema ad alta offerta”, ricevendo così una quota di assistenza superiore a quella necessaria, da un punto di vista sia quantitativo (minuti aspecifici) sia qualitativo (minuti specifici): ne deriva uno spreco di risorse (Ministero della Salute, 2007).

La differenziazione dell’intensità di cura presuppone un superamento del punto di vista dei ruoli’.

L’organizzazione dell’ospedale dovrebbe essere incentrata sulle necessità reali, in base ai problemi e bisogni attuali del paziente. Questa concezione supera le tradizionali modalità di assistenza, in quanto basata su processi ad alta integrazione multidisciplinare, con riorganizzazione e differenziazione delle responsabilità cliniche, gestionali e assistenziali. La garanzia di prestazioni di alta qualità si ottiene attraverso una stretta integrazione fra tutte le figure dell’equipe assistenziale multidisciplinare, nel rispetto delle singole e specifiche competenze.

È indispensabile formulare e utilizzare strumenti di integrazione (linee guida, procedure, protocolli, standard per la pianificazione dell’assistenza rispetto a obiettivi condivisi) allo scopo di omogeneizzare e presidiare le modalità operative.

Il livello di cura proposto consegue a una valutazione di instabilità clinica / complessità clinica e assistenziale, con risposte definite dalle tecnologie disponibili, dalle competenze presenti e dal tipo, dalla quantità e dalla qualità del personale assegnato.

L’organizzazione per intensità di cure si basa sulla centralità del paziente.

2.2 L'organizzazione per intensità di cura: un'opportunità di sviluppo organizzativo

L'ospedale organizzato per Intensità di cura sta per “nuovo modello di ospedale” che significa “la parte per il tutto”. È un nuovo modello organizzativo che si colloca contemporaneamente ad un generale cambiamento dell'Ospedale tradizionale, volto a caratterizzarsi sempre di più come un luogo di cura e ricovero per le acuzie, che trova un supporto importante nei servizi territoriali che promuovono la continuità assistenziale.

La necessità di un nuovo scenario ospedaliero è stata dettata da una serie di fattori che, in maniera più o meno incisiva hanno contribuito al cambiamento.

Il nuovo “Ospedale per Intensità di Cura” modifica in maniera radicale la sua conformazione strutturale in modo da permettere un'interazione continua tra i diversi livelli di cura.

L'ospedale per intensità di cura supera i tradizionali “reparti”, dove i pazienti vengono assegnati in base alla specialità medica; mira invece a pianificare delle aree, chiamate “piattaforme logistiche di ricovero”, nelle quali vengono inseriti secondo il livello di cura necessario, mediante la misurazione con appositi strumenti di valutazione che sono: dell'intensità clinica e della complessità assistenziale, due parametri interconnessi tra loro ma non sovrapponibili. All'interno delle aree di cura sono, quindi, raggruppati pazienti che sono seguiti da equipe mediche di diverse discipline.

Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi la similarità dei bisogni e dell'intensità di cure richieste piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica (Regione Emilia Romagna , 2016).

Questa rivoluzione di pensiero porta inevitabilmente con sé un cambiamento del concetto di “qualità”, non più definito in termini di volumi di prestazioni erogate, ma legato ai concetti di tempestività e appropriatezza, in modo da rispondere al bisogno da parte dell'utente di ricevere le cure necessarie rispetto ai propri bisogni nel momento e nei modi più adeguati al caso. (Palazzo della cultura e dei congressi, 2012).

Attualmente, negli ospedali dove resistono ancora le tradizionali “unità operative”, il processo di cura dei pazienti è frammentato e non lineare.

La stessa cosa deve accadere nei nuovi setting assistenziali dove il paziente deve seguire un “flusso” che lo porta da un livello assistenziale all'altro, dall'interno dell'ospedale,

fino a strutture esterne o addirittura a casa, evitando le ri-ospedalizzazioni attraverso percorsi di cura continui e protratti nel territorio. Tale meccanismo prende il nome di “patient flow”.

L'introduzione di questi concetti porta ad avere una nuova visione centrale del paziente e dei suoi bisogni a cui ruota intorno l'intero ospedale. Ora sono i vari professionisti che si recano dal paziente e non più il paziente che si reca dai vari professionisti.

La configurazione del nuovo ospedale presuppone un decentramento delle attività assistenziali sul territorio e una forte integrazione Ospedale-Territorio con una rimodulazione dei percorsi intraospedalieri e ospedale-territorio, in un'ottica che pone al centro i bisogni del cittadino.

A tal fine anche gli ospedali di comunità, le COT (strumento organizzativo innovativo, introdotto con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR "Recovery and Resilience Plan", 2021), che svolgerà la funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza), innovazioni tecnologiche come il teleconsulto, ecc., sono finalizzati all'identificazione dei bisogni del paziente e al trattamento di tutte le patologie croniche evitando le ospedalizzazioni improprie.

Anche la rete ospedaliera, pur nel rispetto degli standard previsti nel Decreto-legge n. 34/2020 (Decreto Legge 19 maggio 2020 n.34) convertito in legge con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L. 77/2020, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Decreto del Ministero della Salute 77/2022 per le reti ospedaliere, prevede di indirizzare le attività riorganizzative sanitarie in base ai seguenti criteri:

- prossimità: presa in carico di patologie a bassa e media complessità;
- centralizzazione: presa in carico di patologie per le quali il Piano Nazionale Esiti richiede un numero minimo di prestazioni per volumi/esiti per la garanzia di qualità e sicurezza.

Oltre a migliorare la gestione delle risorse e le attività assistenziali, questa nuova organizzazione consente al medico di concentrarsi sulle proprie competenze distintive e di esercitarle nelle diverse piattaforme logistiche di ricovero, ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre; al tempo stesso consente

all'infermiere di valorizzare appieno le proprie competenze professionali e il proprio ruolo.¹⁰

Il nuovo ospedale, infatti, prende in considerazione diversi livelli di cura, che vengono scelti e verso i quali viene indirizzato il paziente in base alla valutazione della sua instabilità clinica e complessità assistenziale.

2.3 Classificazione dei livelli di intensità

Per “intensità clinica” si intende il complesso di valutazioni di parametri fisiologici che determinano il grado di instabilità clinica richiesta dal paziente, attraverso la somministrazione di uno strumento appropriato (scale di valutazione).

L'instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione dell'ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte. Attraverso la valutazione congiunta di questi parametri, la scala MEWS (Modified Early Warning Score – vedi ALLEGATO A) in cui i pazienti vengono stratificati in:

- BASSO/STABILE (score 0-2)
- MEDIO/INSTABILE (score 3-4)
- ALTO RISCHIO/CRITICO (score 5).

Nata nel Regno Unito agli inizi degli anni '90 con il nome di EWS (Early Warning Score) e poi rivista e validata in uno studio di Subbe et al. nel 2001 (Subbe, Kruger, Rutherford, & Gemmel, 2001), è utilizzata anche in Italia poiché è in grado di determinare la gravità e la criticità della persona assistita.

Lo scopo dell'utilizzo di questo strumento è quello di riuscire a prevedere l'instabilità del paziente, cercando di prevenire un peggioramento, o una condizione irreversibile, segnalando all'operatore la necessità di implementare e intensificare le cure.

Il punteggio di questa scala viene anche utilizzato come fattore predittivo della durata della degenza e del rischio di mortalità del paziente.

Nasce come strumento ad uso principalmente infermieristico e nel corso degli anni è stato studiato sulle più svariate tipologie di pazienti: dall'internistico al chirurgico, fino al paziente di pronto soccorso.

In particolare, uno degli obiettivi primari di questa scala è tuttora quello di aiutare gli infermieri a comprendere quando le condizioni cliniche del paziente stanno cambiando ed è necessario allertare il medico.

La scala è utilizzata nei più diversi ambiti clinici e numerosi studi mostrano come essa sia efficace nelle U.O. più diverse: uno studio brasiliano (Rocha, Neves, & Viegas, 2016), ad esempio, evidenzia l'efficacia di questo strumento sui pazienti traumatizzati, mostrando come all'aumentare del valore della scala aumenti anche l'instabilità clinica del paziente.

Uno studio australiano (Hammond, et al., 2013) mette invece in luce come l'aumento del valore di questa scala, utilizzata alla dimissione dai reparti di terapia intensiva, sia direttamente proporzionale alla frequenza di un re-ricovero in rianimazione.

Infine, anche lo studio di Koksai (Koksai, et al., 2016) evidenzia l'efficacia dello strumento utilizzato per il monitoraggio dei pazienti in pronto soccorso.

Gli studi mostrano che un punteggio uguale o superiore a 5 identifica un paziente critico ed instabile, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura alla morte.

Per tutti gli altri pazienti con valori nella norma, il MEWS è comunque uno strumento importante per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche. Questo strumento, per essere realmente utile nella pratica clinica, prevede che venga utilizzato quotidianamente e anche più volte al giorno se il paziente ha un punteggio medio-alto, poiché necessita di un monitoraggio più frequente.

Per "complessità assistenziale" si intende l'insieme di interventi infermieristici espressi in termini di intensità di impegno lavoro e qualità del lavoro dell'infermiere" (Moiset, Vanzetta, & Valicella, 2003) al fine di rispondere alla performance necessaria a soddisfare i bisogni di assistenza del singolo paziente, allo scopo di inserire il paziente nel setting assistenziale più appropriato

In Italia sono stati inventati e poi sperimentati diversi strumenti utili ad indagare la complessità assistenziale dei pazienti.

La scheda IDA (vedi ALLEGATO B), determina l'allocazione più idonea per intensità di cure, anche se la scheda IDA, come sottolineato da alcuni autori dello studio (Bortolomei & Cei, 2007), non possiede il Background di letteratura disponibile per i sistemi di punteggio basati sulle misurazioni fisiologiche. Il metodo IDA è stato elaborato dagli autori sulla scorta esperienziale e non gode di formale validazione.

Tuttavia, è stato deciso di descrivere più dettagliatamente la Scala IDA al fine di valutare la complessità assistenziale come indicato della DGRM 1237/2021 (DGRM 1237/2021 Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta) suggerisce l'uso della scala di valutazione IDA (Indice di dipendenza assistenziale).

La scala IDA determina l'impegno assistenziale su di una serie di variabili di dipendenza determinate da un punteggio in grado di valutare la complessità attraverso l'impegno del professionista in base ad un cut-off che individua i pazienti ad alta complessità assistenziale)

L'IDA è una scala composta da 7 aree (bisogni assistenziali + procedure diagnostico/terapeutiche) ciascuna declinata in 4 livelli di dipendenza con punteggio variabile da 1 (maggiore dipendenza) a 4 (minore dipendenza). Complessivamente è possibile attribuire ad ogni paziente uno score compreso tra 7 e 28, con i seguenti cut off:

- punteggio da 20 a 28 → bassa dipendenza assistenziale
- punteggio da 12 a 19 → media dipendenza assistenziale
- punteggio da 7 a 11 → alta dipendenza assistenziale

L'utilizzo sinergico della scala MEWS e della scala IDA va a costituire il sistema Tri-Co (Triage di corridoio, vedi ALLEGATO C) in cui la valutazione del grado di gravità e di dipendenza viene misurata grazie a due sistemi a punteggio, uno medico (MEWS – Modified Early Warning Score) ed uno infermieristico (IDA, Indice di Dipendenza Assistenziale).

Il punteggio TRICO verrà calcolato in automatico sulla base dei punteggi MEWS e IDA, facilitando la decisione del setting assistenziale più appropriato.

Un elemento importante che si inserisce all'interno dell'ottica snella è la realizzazione delle "cellule" di lavoro nei Setting.

Questo permette all'infermiere di prendere in carico un numero limitato di pazienti aumentando il livello di autonomia e professionalizzazione.

Pertanto, l'obiettivo dell'ospedale per intensità di cura è quello di realizzare una organizzazione che permetta al massimo utilizzo i posti letto nelle diverse piattaforme o layout con miglioramento della qualità percepita, ma soprattutto erogata e centralità dell'assistenza.

L'idea di vivere un'opportunità altamente professionalizzante sfida l'infermiere ad una partecipazione attiva: cambiamento in linea con la richiesta di autonomia e responsabilità, prevista nei riferimenti giuridici della L.42/99 (Legge 26 febbraio 1999, n.42) e della 251/2000 (Legge 10 agosto 2000, n.251).

Pertanto, dal ruolo "ancillare" del vecchio infermiere con scarso potere decisionale nel processo di cura, sembrano ormai perdere il passo di fronte a un infermiere in grado di acquisire nuove capacità di gestire in autonomia l'assistenza, integrare sapere e processi clinici e contribuire all'aumento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso delle risorse e delle strutture a disposizione.

A tal proposito si rende necessario definire gli standard di dotazione organica da un "vecchio modello ospedaliero" a un modello di OIC.

2.4 Articolazione del setting assistenziale

Attraverso la valutazione dell'intensità clinica e della complessità assistenziale l'organizzazione per intensità di cura si articola in 3 livelli di cura e di assistenza:

- LIVELLO 1: terapia intensiva e sub intensiva, in questo setting afferiscono pazienti in assoluta emergenza ed ha come obiettivo quello di curare la reale instabilità clinica.
- LIVELLO 2: area chirurgica – area medica e area materno infantile, costituito dalle degenze ad alto grado di assistenza di breve durata, nel quale confluisce gran parte della casistica, ed è caratterizzato da un'elevata variabilità della complessità medica ed infermieristica; vengono individuati i layout per patologia oppure suddivisi i pazienti in aree omogenee (letti di week Surgery)
- LIVELLO 3: Bassa complessità assistenziale, dedicato ai pazienti post acuti. Fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza. È da ritenere che la low care identifichi un'area in cui vengono accolti pazienti con pluripatologie, che necessitano ancora di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensività assistenziale.

Un ruolo fondamentale è ricoperto dal DEU - Dipartimento di Emergenza/Urgenza che svolge la funzione di filtro e prevede la razionale allocazione dei pazienti nei livelli richiesti.

Il suo ruolo di filtro agisce in tutte le direzioni: ricovero nel livello e nell'area appropriata, ritorno a casa anche dopo Osservazione Breve, presa in carico nell'area ambulatoriale.

3. Obiettivo

L'obiettivo del seguente elaborato è quello di analizzare le cartelle cliniche della U.U.O.O. di medicina e chirurgia generale del presidio ospedaliero di Camerino e somministrare le scale di valutazione MEWS + IDA con il sistema Tri-co al fine di valutare la complessità assistenziale in prima e quinta giornata nei pazienti afferiti ai due setting assistenziali.

L'obiettivo finale consiste nell' individuare le percentuali di pazienti che necessitano di cure ad alta, media e bassa intensità e analizzare le possibili congruità assistenziali con lo scopo di eseguire una correlazione tra la complessità clinica rilevata in entrambi i setting in analisi con il minutaggio assistenziale previsto dal sistema di accreditamento della Regione Marche e AGENAS per la definizione delle risorse professionali necessarie.

4. Materiale e metodi

Inizialmente è stata eseguita un'analisi della normativa di riferimento degli standard e dei setting assistenziali consultando i siti internet governativi quali “gazzettaufficiale.it”, “parlamento.it” e “regione.marche.it” per poter accedere alla versione integrale dei vari decreti-legge, delibere e leggi regionali attinenti all'argomento di studio.

Proseguendo, si è proceduto ad analizzare il percorso normativo legiferante gli standard assistenziali riguardanti le dotazioni organiche del personale, prima in ambito nazionale italiano e successivamente in ambito regionale.

Successivamente è stato effettuato uno studio retrospettivo su un campione totale di 536 cartelle cliniche da gennaio a maggio 2023 per i reparti di chirurgia e medicina dell'Ospedale di Camerino.

La rilevazione prevedeva la valutazione della complessità assistenziale e dell'instabilità clinica mediante la somministrazione di una scheda di valutazione, sottoposta in prima e in quinta giornata dal momento del ricovero, composta dalla scala MEWS (Modified Early Warning Score) e scala IDA(indice dell'intensità assistenziale)che integrano i rispettivi score al fine di ottenere il punteggio TRI-CO in modo da stratificare i pazienti in base alla complessità assistenziale e determinare il setting di ricovero più idoneo.

5. Risultati

5.1 Riferimenti Normativi Nazionali

Il D.P.R. 128/1969 (Decreto del presidente della repubblica del 27 marzo 1969, n.128 Ordinamento interno dei servizi ospedalieri) fu la prima norma italiana che individuò uno standard di assistenza, identificandolo in 120 minuti medi per persona al giorno, e creando così le piante organiche ospedaliere sulla base dei posti letto presenti.

Successivamente il D.M. 13/09/1988 (Decreto ministeriale del 13 settembre 1988, Determinazione degli standard del personale ospedaliero) stabilì i minuti assistenziali raggruppando le varie unità operative di degenza in aree omogenee per intensità di cura, distinguendo così:

- a- Terapia intensiva e semi-intensiva;
- b- Specialità ad elevata assistenza: cardiocirurgia, ematologia con trapianto, nefrologia con trapianto ed emodialisi, neurochirurgia, neonatologia, malattie infettive, psichiatria, unità spinali;
- c- Specialità a media assistenza: cardiologia, chirurgia maxillo facciale, chirurgia pediatria chirurgia plastica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, ematologia, nefrologia, neurologia, neuropsichiatria infantile, oncologia, pediatria, urologia pediatrica;
- d-Specialità di base: ·chirurgia e medicina generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia;
- e- Riabilitazione;
- f - Lungodegenza.

Con l'avvento della riforma del Sistema Sanitario Nazionale, ad opera dei D. Lgs. 502/92 (D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L.23 ottobre 1992, n.42) e D.Lgs. 517/93 (D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421.), il potere di definire le linee organizzative generali di organizzazione e

funzionamento delle neonate Aziende Sanitarie viene demandato alle Regioni e, nell'ambito preciso delle dotazioni organiche, si fa riferimento al D. Lgs. 29/1993 (D.Lgs. 3 febbraio 1993, n.29, Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego) che sancisce la necessità di determinare le piante organiche sulla rilevazione del carico di lavoro, inteso come “quantità di lavoro necessario, dato un contesto operativo e un periodo di riferimento, per trattare i casi che vengono sottoposti ad una unità organizzativa.

In questi anni, laddove tale rilevazione è stata effettuata, sono stati utilizzati diversi metodi che tuttavia non hanno prodotto standard omogenei a livello nazionale.

Le Regioni nel tempo hanno deliberato requisiti minimi di accreditamento delle strutture che sono stati assunti come standard di riferimento per le dotazioni del personale di assistenza.

Negli anni si sono susseguite varie leggi e decreti ministeriali che hanno fornito riferimenti e indicazioni organizzative ma non standard sulle risorse di personale da assegnare e gestire, non ultimo il D.M. 70/2015 (D.M. 70 del 2 aprile 2015 , Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) , per cui allo stato attuale non esiste una normativa nazionale di riferimento che determini le dotazioni organiche.

5.2 Normativa regionale

Nell'analisi dello storico e valutazione del fabbisogno assistenziale il primo riferimento normativo, a livello regionale, che disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento è individuato nella

L.R. n° 20/2000 (Legge regionale 16 marzo 2000, n.20 , Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio - sanitarie pubbliche e private).

Tale normativa regolava la dotazione minima del personale in funzione ai minuti di assistenza pro – die per paziente.

Pertanto, si aveva:

Tipologia	Unità Operative	Minuti di assistenza per paziente/die
Intensiva	UTIC, Terapia Intensiva Neonatale, Terapia Intensiva	600
Sub intensiva	Riabilitazione ad alta specializzazione (unità di risveglio, unità di riabilitazione per cranio - mielolesi)	360
Specialità di elevata assistenza	Dialisi, DSM	300
Specialità di media assistenza	Cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, neurologia, nefrologia, ematologia, oncologia, pediatria, neuro psichiatria infantile	180
Specialità di base	Medicina generale, Chirurgia generale, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pneumologia, Dermatologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, Reumatologia	120
Riabilitazione		200
Lungodegenza		120

Tab.1

Il sistema regionale di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie è stato recentemente revisionato con la legge regionale 21/2016 (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).

Con il DGR 1669/2019 viene definito il nuovo Manuale di Autorizzazione delle strutture ospedaliere di cui al comma 1 dell'art.3 della L.R 21/2016 (parte A).

L'aggiornamento dei requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie considera e si adegua ai nuovi contenuti di cui alla L.R. 21/2016 e s.m.i., nonché al D.M. n. 70 del 02/04/2015, ai nuovi LEA di cui al D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 (D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 , Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali in assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502) ed a tutta la

normativa di settore definita in ambito nazionale.

Tuttavia, si evidenziano molte criticità, specialmente nella determinazione dei requisiti organizzativi e dotazione minime di unità di personale di assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitazione e OSS diretta ai pazienti, addetti alle articolazioni di degenza ospedaliera.

Viene ripresentato nuovamente l'arcaico minutaggio di assistenza pro-die per posto letto sul tasso di occupazione calcolato al 90%.

Di seguito viene riportato il confronto e i relativi tempi minimi considerati dalla DGR 358/2018 (DGR n.358 del 26 marzo 2018 ad oggetto Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: L.R. n.21/2016 art.3 comma 1 lett.b) - Manuale Autorizzazione Strutture Ospedaliere- parte A).

Tipologia	Vecchio Manuale	Nuovo Manuale	Percentuale minima assistenza infermieristica e/o ostetrica
Intensiva	600	Almeno 600	80%
Sub intensiva	360	Almeno 360	80%
Specialità di 20levate assistenza	300	Almeno 300	65%
Specialità di media assistenza	180	Almeno 200	60%
Specialità di base	120	Almeno 180	60%
Riabilitazione	200	Almeno 160	50%
Lungodegenza	120	Almeno 160	50%

Tab.2

Tale DGR inoltre individua e stratifica diverse specialità cliniche in modo discutibile considerandole “di base” con medesimi 180 minuti di assistenza per posto/letto.

Unità operative quali medicina e chirurgia generale hanno setting assistenziali diversi ad elevata/media complessità, eppure sono considerate alla stessa stregua delle unità operative di diabetologia, dermatologia e medicina del lavoro.

La DGR 1468 del 16 ottobre 2023, (DGR 1468 del 16 ottobre 2023, Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere di cui all'allegato A) , come parte integrante e sostanziale, sostituisce il Manuale approvato con la DGR 1669/2019.

Dalla Normativa di riferimento nella DGR 1468/2023 vengono inserite le nuove specialità, ove si assegnano sia la percentuale di personale infermieristico e i relativi minuti di assistenza.

Tipologia	Minuti di assistenza minima per posto letto/die	Percentuale minima unità infermieristica e/o ostetrica
A) Specialità di base	Almeno 180	60%
B) specialità di media assistenza	Almeno 200	60%
C) specialità di elevata assistenza	Almeno 300	65%
D) sub-intensiva	Almeno 360	80%
E) Neuroriabilitazione cod 75 (riabilitazione post acuta ospedaliera)	Almeno 280	60%
F) Intensiva	Almeno 600	80%
G) riabilitazione intensiva ospedaliera cod.56	Almeno 160	50%
H) lungodegenza	Almeno 160	50%

Tab.3

Nota: per le attività riabilitative e di nursing riabilitativo si fa riferimento alle specifiche norme

5.3 La determinazione del fabbisogno di personale

Il metodo per la determinazione dei fabbisogni di personale in ambito ospedaliero è stato sviluppato in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70 *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*.

Il predetto metodo si sviluppa sulla base di un presupposto fondamentale: che la rete ospedaliera oggetto di analisi sia organizzata sulla base di criteri di efficienza allocativa. Ne consegue che il metodo deve svilupparsi necessariamente sulla base di quanto previsto dalla programmazione sanitaria, in materia di organizzazione della rete ospedaliera e del ruolo dei presidi nel contesto.

Pertanto, la metodologia può essere applicata alle Regioni che hanno attuato il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al D.M. 70/2015.

L'offerta di salute, finalizzata a promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, è stata oggetto, nell'ambito degli interventi di cui al PNRR, di implementazione di forme alternative al ricovero ospedaliero dirette a potenziare e riorientare il SSN mediante la definizione di un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria con rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di migliorare la capacità di integrare i servizi ospedalieri, i servizi sanitari locali e i servizi sociali, razionalizzando così il ricorso alle cure ospedaliere.

Le attività ospedaliere si differenziano in base a livelli gerarchici di complessità tramite un modello infrastrutturale di rete incentrato su una logica “*Hub & Spoke*”, operativamente funzionale per il processo di diversificazione dei livelli di complessità/intensità assistenziale.

Nel corso della revisione metodologica applicata dall'Agenas (Agenzia per i servizi sanitari) sono stati rivalutati i minuti di assistenza in area omogenea in relazione al ruolo del presidio nella rete dell'Emergenza e Urgenza. Alla base di tale scelta vi è la necessità di riconoscere il diverso apporto del personale sanitario in relazione alle patologie trattate. Si è ritenuto inoltre di allineare i valori minimi di riferimento a standard organizzativi diffusamente discussi nella letteratura internazionale e volti a garantire la qualità dell'assistenza infermieristica erogata nelle unità operativa che ospitano degenti più o meno complessi sia dal punto di vista clinico che dal un punto di vista assistenziale, pertanto in area di degenza chirurgica e di degenza medica è stato individuato un valore minimo di riferimento che corrisponde al rapporto un infermiere ogni 8 posti letto.

Significativo elemento di affinamento della metodologia sviluppata nel corso del 2017 è stato inoltre lo scorporo del tempo dedicato all'attività ambulatoriale dal monte ore totale lavorato dal personale infermieristico al fine di calcolare dei minutaggi di assistenza per posto letto che tenessero conto unicamente del tempo dedicato all'attività di degenza per quanto riguarda la determinazione del fabbisogno di personale del comparto, è necessario tener conto di aggregazioni funzionali di attività. Sempre più spesso gli ospedali sono organizzati per intensità di cura. Un'organizzazione non è più articolata, come da tradizione, solo in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica, ma in aree omogenee, che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale.

L'obiettivo è coniugare meglio sicurezza, efficacia, qualità dell'assistenza ed efficienza dei processi. Ai fini del presente lavoro è necessario tenere in considerazione le modalità organizzative; per questo motivo risulta necessario condividere una Tabella di Aggregazione delle specialità in aree omogenee e viene confermata l'aggregazione già approvata dal gruppo di lavoro nel 2017.

Tale scelta ha anche una finalità pratica relativamente alla maggior facilità di rilevazione di tale dato all'interno dei presidi, nonché di correttezza nei casi di attuazione del modello di intensità di cura.

La valutazione del fabbisogno non può prescindere dalla programmazione regionale in materia sanitaria. Ne discende l'importanza di valutare le strutture ospedaliere e il personale necessario per il loro funzionamento compatibilmente al "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*" (DM 70/2015).

"Gli standard definiti, relativamente ai posti/letto (3.7 / 1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160 / 1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Pertanto, sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160 / 1000 abitanti) di ricoveri appropriati, facendo riferimento alle regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialità clinica ed i relativi bacini di utenza.

Da qui la normativa di riferimento che ha prodotto l'AGENAS per la determinazione del fabbisogno del personale per aree omogenee di Ospedale per intensità di cura.

5.4 Metodologia per aree omogenee di degenza

Per la determinazione del numero di infermieri e operatori sociosanitari necessari per le attività di degenza, secondo la normativa Agenas del 24/01/2023, occorre procedere come segue:

1. Somma dei posti letto per Area Omogenea;
2. Calcolo delle giornate equivalenti mediante prevedendo un tasso di occupazione al 90%;
3. Calcolo del fabbisogno dei minuti di assistenza moltiplicando le giornate equivalenti per il parametro min/pz/die proprio di ciascuna area omogenea
4. "Trasformazione in ore Totale minuti/60;
5. "Trasformazione in personale tempo equivalente" (FTE)/1.450.

Le ore lavorate sono state esaminate sulla base dei dati rilevati, per area omogenea e per presidio. Per rappresentare la diversa complessità assistenziale che caratterizza i diversi contesti di cura i dati sono stati aggregati in area omogenea e con riferimento all'area medica e all'area chirurgica si è ritenuto di individuare minutaggi distinti per ospedali HUB e per quelli Spoke, al fine di approfondire le diverse caratteristiche di questi contesti.

Rispetto ai valori esaminati e risultanti dall'analisi dei minutaggi sono state introdotte alcune considerazioni in merito al numero di professionisti necessari alle reali necessità bisogni - assistenza dei pazienti. Numerosi studi nazionali e internazionali indicano il rapporto ottimo infermiere paziente in area medica e area chirurgica nella misura di 1 infermiere per ogni 8 pazienti. Pertanto, in area medica e chirurgica è stato introdotto un valore minimo espresso in termini di minuti di assistenza paziente - giorno non tanto in ragione dei dati esaminati ma in ragione della necessità di garantire un rapporto infermiere paziente che garantisca un adeguato livello di assistenza.

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	205	255	335		175	220	380
2	CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220
4	CRITICA	700		825		700		825
6	SALUTE MENTALE	240	290	360		255	300	365
7	POST-ACUZIE	125	130	200		125	130	155
8	SUB-INTENSIVA	330		360		330		360

Tab.4 Minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	75	90	105		60	65	90
2	CHIRURGICA	60	65	85		60	65	70
4	CRITICA	90		175		90		175
6	SALUTE MENTALE	85	95	110		55	70	85
7	POST-ACUZIE	85	95	150		70	75	105
8	SUB-INTENSIVA	80		90		80		90

Tab 5. Minuti di assistenza giornaliera degli operatori sociosanitari per attività di degenza

Al personale del comparto così determinato vanno aggiunti i coordinatori nella misura di 1 ogni 30 posti letto.

L'applicazione dei valori minimo e massimo previsti in tabella per il personale del comparto, garantisce la determinazione di un livello minimo e massimo di fabbisogno di personale infermieristico e di supporto per l'area ospedaliera, per le aree elencate.

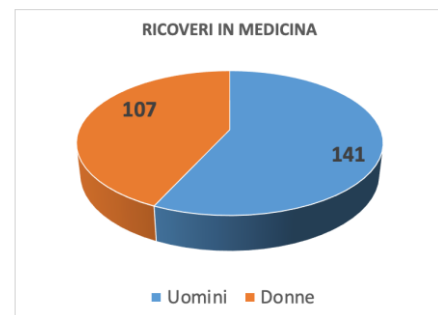
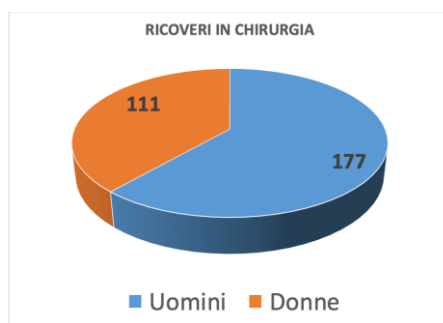
5.5 Analisi (1)

Le cartelle cliniche incluse nello studio in totale sono state 536 di cui 288 ricoveri afferenti al reparto di Chirurgia e 248 ricoveri afferenti al reparto di Medicina, analizzate nel periodo di gennaio e maggio 2023.

5.5.1 Caratteristiche del campione

Nel reparto di Chirurgia si sono ricoverati 177 uomini e 111 donne, l'età media dei pazienti ricoverati è stata di 64 anni.

Nell' U.O. di medicina, nel periodo analizzato, i ricoveri totali sono stati 248 di cui 141 uomini e 107 donne. L'età media è stata di 80 anni.

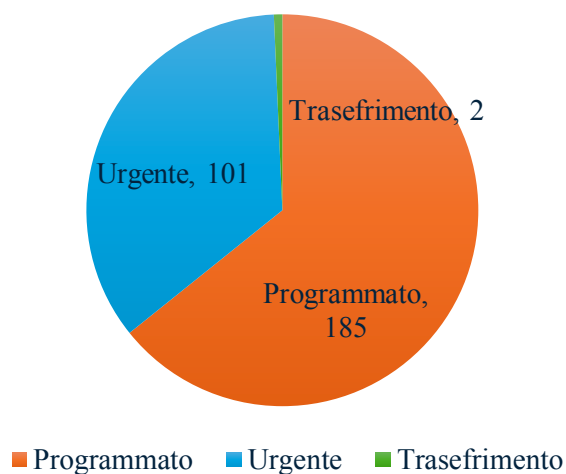


5.5.2 Setting chirurgico

La Chirurgia Generale prevede: 16 posti letti di cui 13 posti letto di ricovero ordinario e 3 in regime di day surgery. Vengono effettuati interventi di chirurgia generale programmata e d'urgenza sia per via laparotomica che laparoscopica.

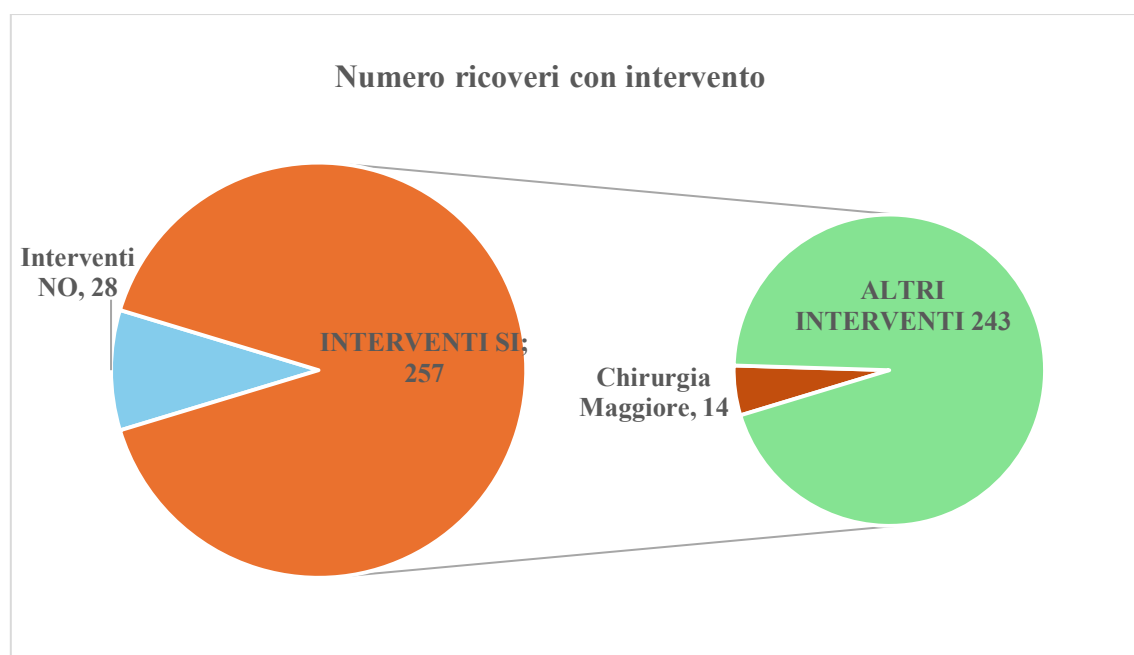
Dai dati ricavati 185 pazienti sono stati ricoveri di tipo programmato, 101 pazienti hanno effettuato il ricovero in regime d'urgenza e 2 pazienti sono stati trasferiti da altri reparti. In totale i pazienti che hanno effettuato l'intervento chirurgico sono stati 260 e 28 invece hanno effettuato terapia medica e/o diagnostica come esami endoscopici di ERCP etc.

TIPOLOGIA DI RICOVERO IN CHIRURGIA

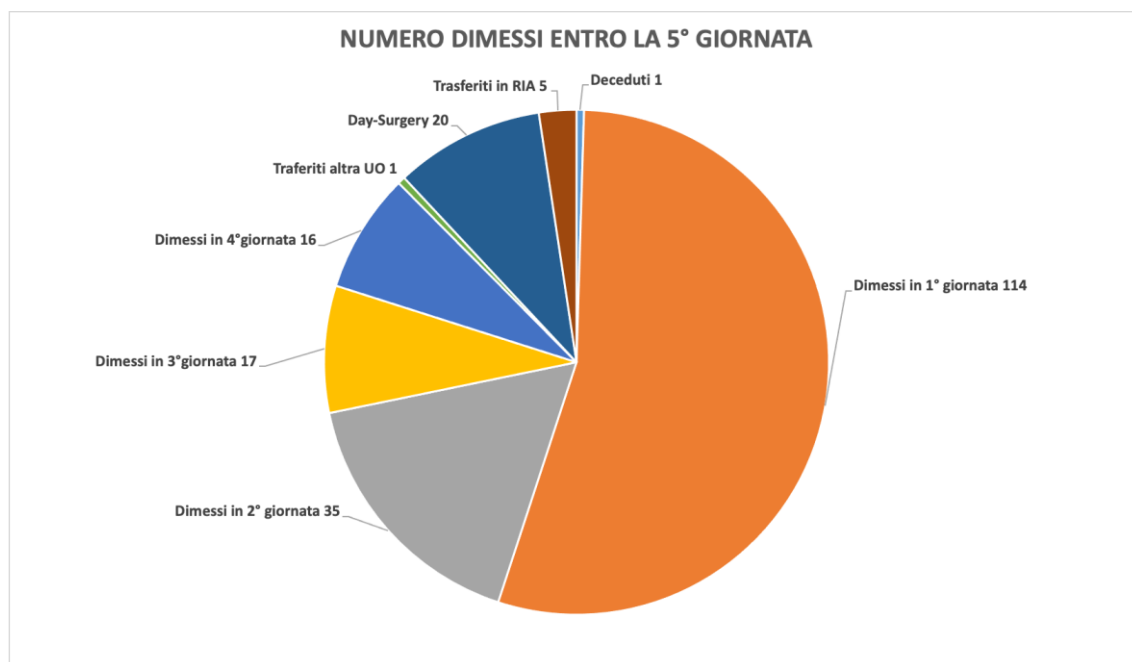


Tuttavia, dei ricoveri in regime di urgenza (n =101), 74 pazienti sono stati operati e 27 hanno effettuato terapia di tipo medica.

In totale i pazienti che hanno effettuato l'intervento chirurgico sono stati 260 e 28 invece hanno effettuato terapia medica e/o diagnostica come esami endoscopici di ERCP etc.



La degenza media è stata stimata a **4 giorni** e i dimessi entro la quinta giornata sono stati 209, di cui 20 pazienti sono stati dimessi in regime di day surgery, 5 pazienti trasferiti presso il reparto di Rianimazione, 114 pazienti dimessi in prima giornata, 35 dimessi in seconda giornata, 17 dimessi in terza giornata, 16 dimessi in quarta giornata, 1 paziente deceduto e 1 paziente trasferito in altro nosocomio.



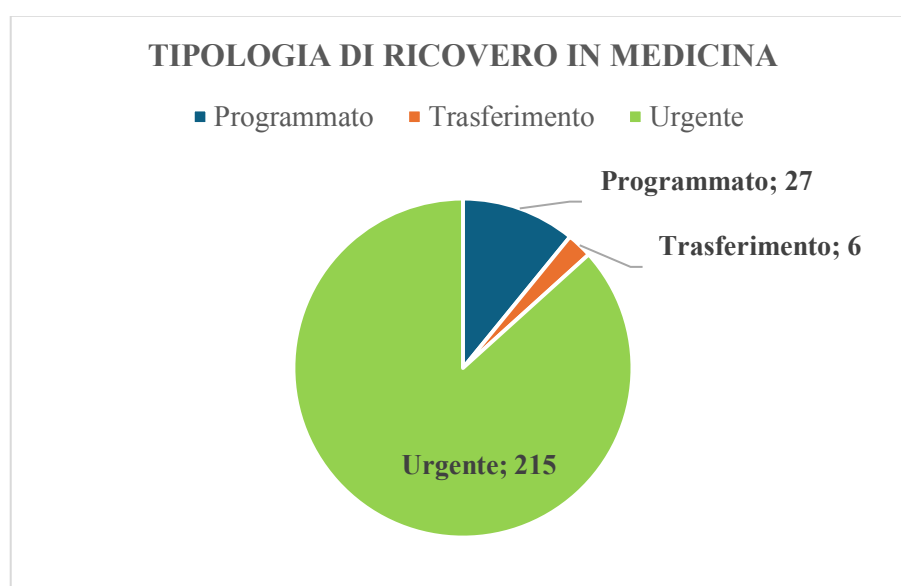
Sul campione totale dei pazienti ricoverati nel setting chirurgico, i dimessi dopo la quinta giornata sono stati 79 per i quali, successivamente, è stata eseguita la seconda valutazione in modo da stabilire il Tri-co.

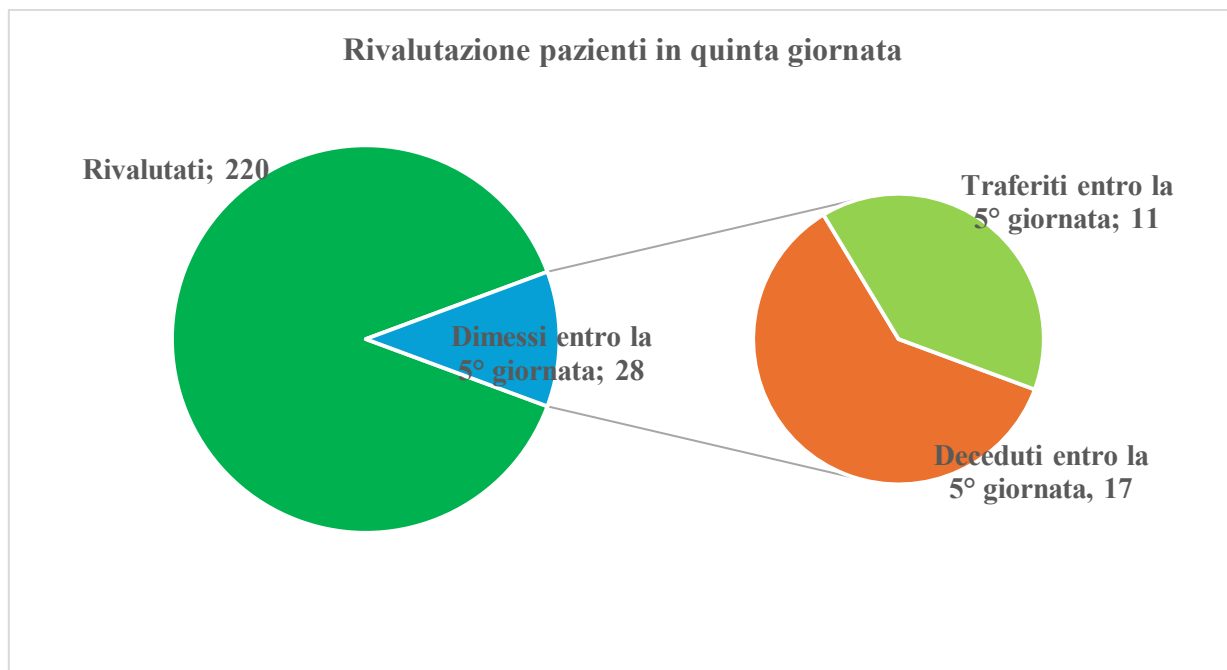
5.5.3 Setting medico

La medicina di Camerino è una medicina per acuti suddivisa in 20 posti letto per i ricoveri ordinari, 4 posti letto di lungodegenza e 1 posto letto per day hospital.

La tipologia di ricovero è stata di 215 pazienti ricoverati in regime di urgenza, 27 ricoveri in regime programmato e 6 pazienti trasferiti da altri reparti.

Dei 215 pazienti 31 sono deceduti.



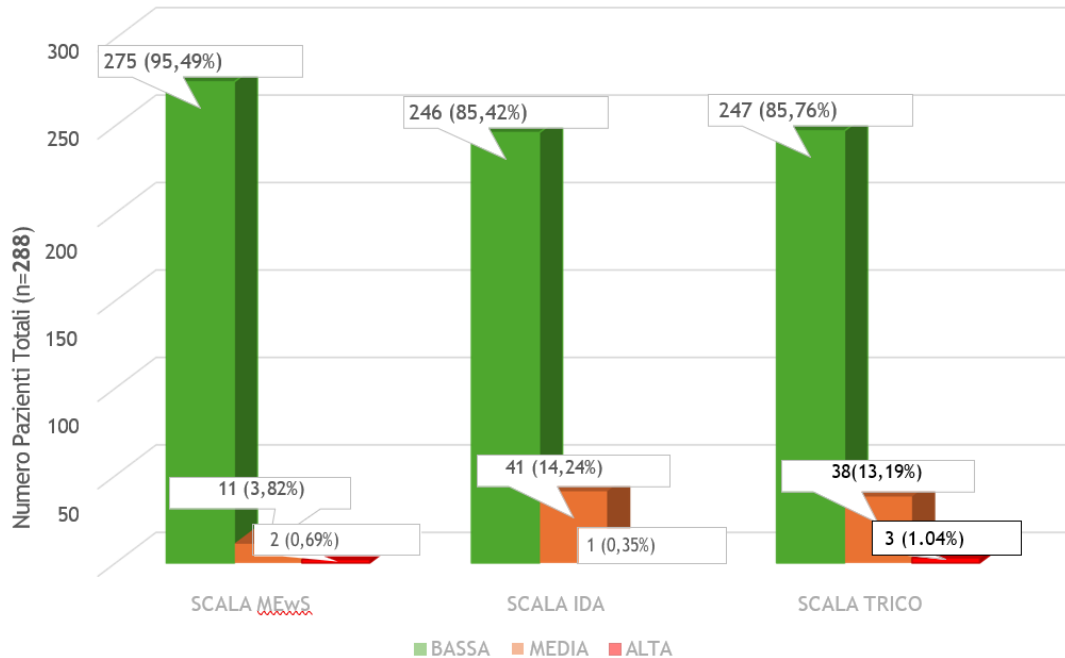


La degenza media è stata stimata a **10 giorni** e i dimessi entro la quinta giornata sono stati 28, di cui 17 pazienti deceduti e 11 pazienti dimessi a domicilio.

I pazienti dimessi dopo la quinta giornata sono stati 220, per i quali, successivamente, è stata eseguita la seconda valutazione in modo da stabilire il Tri-co.

5.6 Analisi (2)

4.6.1 Chirurgia generale in prima giornata



Da gennaio 2023 a maggio 2023 sono stati effettuati 288 ricoveri totali, i risultati derivanti dalla somministrazione delle scale di riferimento quali Mews , IDA e Tri-co in prima giornata sono i seguenti: la tabella Mews indica come il 95,49% dei pazienti all'ingresso ha un indice di complessità bassa, mentre solamente il 3,82 % del campione esaminato ha una intensità clinica media, dovuto ai ricoveri che sono avvenuti in regime di urgenza.

livello	numero	%
Bassa	275	95.49
Media	11	3.82
Alta	2	0.69
TOTALE	288	100

Tab.6 SCALA MEWS Tabella per Indice Intensità di cure

La tabella IDA mette in evidenza come l'85,42% dei pazienti ha un livello di dipendenza assistenziale bassa, in quanto tra le 7 aree di riferimento (bisogni assistenziali+ procedure diagnostico/terapeutiche), la maggior dipendenza riguarda prevalentemente le aree dei bisogni assistenziali, come igiene e comfort, mobilitazione, eliminazione e procedure terapeutiche e percezione sensoriale.

livello	numero	%
Bassa	246	85.42
Media	41	14,24
Alta	1	0.35
TOTALE	288	100

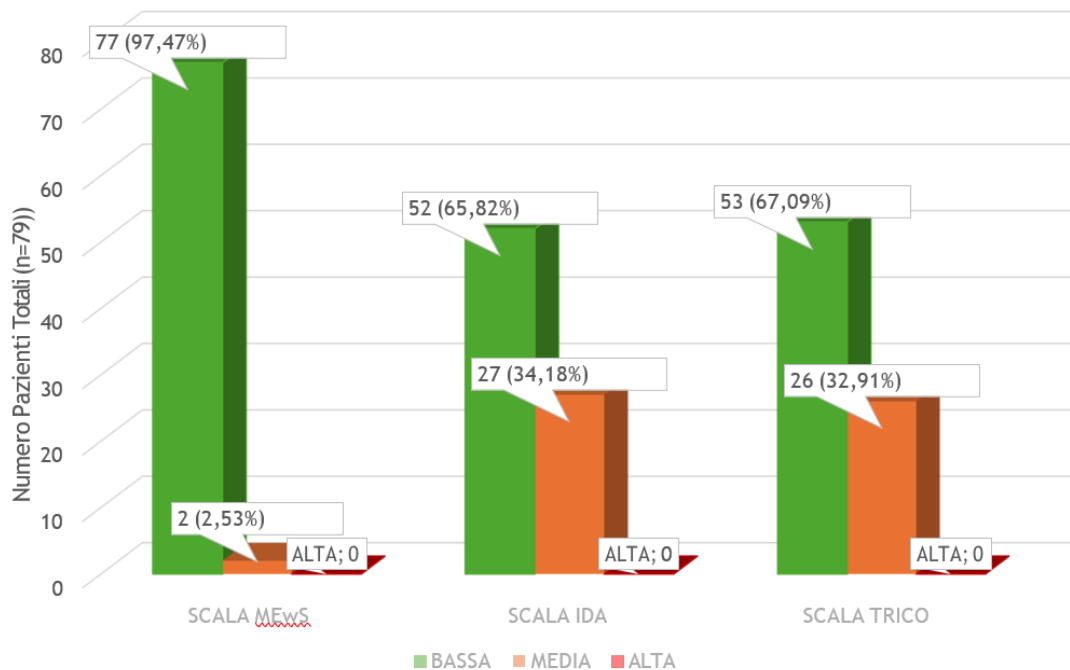
Tab.7 SCALA IDA Tabella per Dipendenza Assistenziale

Dal punteggio Tri-co , si evince invece che l'85.76% dei pazienti che afferiscono al reparto di Chirurgia nella valutazione in 1° giornata, sono pazienti stabili, avendo rilevato dal campione che il punteggio sinergico delle scale Mews+ IDA ha portato ad un numero rappresentativo di bassa instabilità, e solamente il 13% ha un' instabilità media, rilevata nei pazienti che hanno eseguito interventi di chirurgia maggiore, di complessità medio/alta sia in regime di ricovero programmato che in regime di urgenza.

livello	numero	%
Bassa	247	85.76
Media	38	13,19
Alta	3	1.04
TOTALE	288	100

Tab. 8 SCALA TRI-CO Livello instabilità/ clinica

5.6.2 Chirurgia generale in quinta giornata



Il campione esaminato in quinta giornata è di 79 pazienti, in quanto i dimessi tra la prima e la quinta giornata sono stati 209. I 79 pazienti hanno eseguito interventi di chirurgia maggiore, pertanto sul restante campione è stata effettuata la seconda rivalutazione Tri-co.

La tabella Mews indica come il 97,47% dei pazienti ha un basso indice di intensità clinica, mentre solamente il 2,53 % del campione esaminato ha una intensità clinica media, dato dovuto ai pazienti che hanno eseguito interventi di chirurgia maggiore o in regime di ricovero urgente.

livello	numero	%
Bassa	77	97,47
Media	2	2,53
Alta	0	0
TOTALE	79	100

Tab.9 SCALA MEWS Tabella per Indice Intensità di cure

La tabella IDA, mette in evidenza come il 65,82% dei pazienti ha un livello di dipendenza assistenziale bassa rispetto al 34,48% che manifesta un livello di dipendenza medio, aumentando così la complessità assistenziale rispetto alla prima giornata, in quanto aumentano i bisogni assistenziali, riguardanti prevalentemente le cure di igiene e comfort, mobilitazione, eliminazione, le procedure terapeutiche e di percezione sensoriale dei pazienti.

livello	numero	%
Bassa	52	65,82
Media	27	34,18
Alta	0	0
TOTALE	79	100

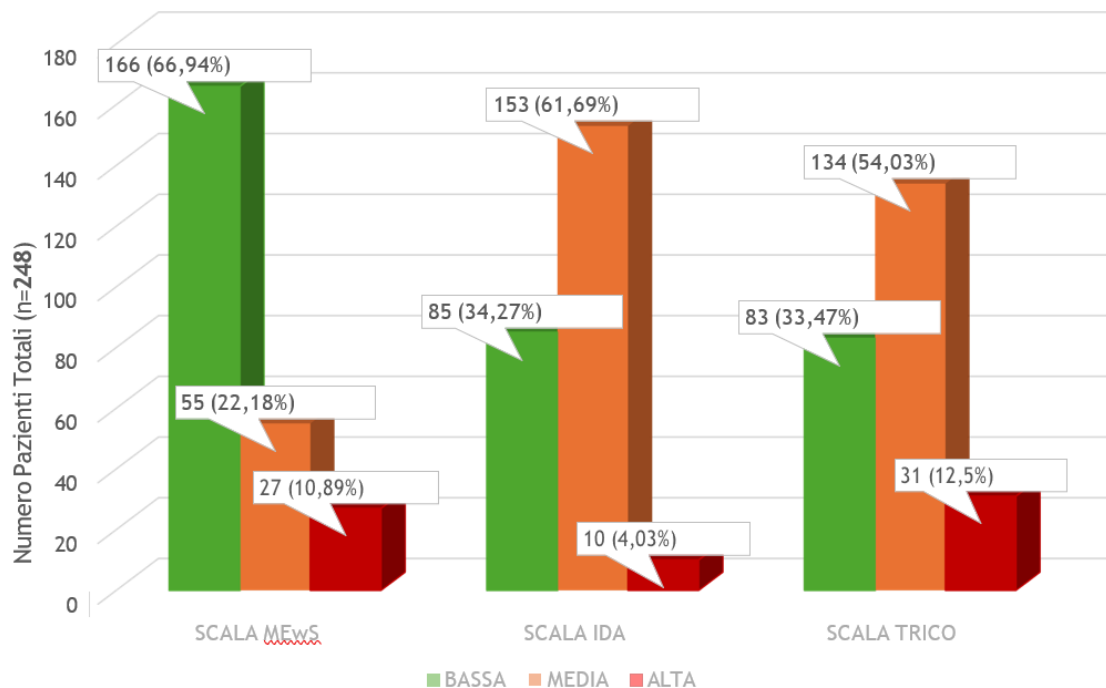
Tab.10 SCALA IDA Tabella per Dipendenza Assistenziale

Dal punteggio Tri-co, si evince che il 67,09% dei pazienti si inserisce nella tipologia di pazienti a bassa intensità mentre il 32,91% presenta un'intensità media, in aumento rispetto alla prima giornata, in quanto trattasi di pazienti operati con bisogni specifici da soddisfare.

livello	numero	%
Bassa	53	67,09
Media	26	32,91
Alta	0	0
TOTALE	79	100

Tab.11 SCALA TRI-CO Livello instabilità/ clinica

5.6.3 Medicina generale in prima giornata



I ricoveri nell'U.O. di Medicina sono stati di 248 di cui di 215 pazienti ricoverati in regime di urgenza, 27 ricoveri in regime programmato e 6 pazienti trasferiti da altri reparti.

La tabella Mews indica come il 66,94 % dei pazienti ha un basso indice di intensità di cure, mentre il 22,18 % del campione esaminato mostra un indice medio, inoltre dalla tabella si evince come il 10,89% dei pazienti presenta un'intensità di cure alta con score 5, identificato come "alto rischio/critico".

livello	numero	%
Bassa	166	66,94
Media	55	22,18
Alta	27	10,89
TOTALE	248	100

Tab.12 SCALA MEWS Tabella per Indice Intensità di cure

La scala IDA, mette in evidenza come solamente il 34,27% dei pazienti ha un livello di dipendenza assistenziale bassa, mentre il 61,69% ha un livello medio/ alto.

livello	numero	%
Bassa	85	34,27
Media	153	61,69
Alta	10	4,03
TOTALE	248	100

Tab.13 SCALA IDA Tabella per Dipendenza Assistenziale

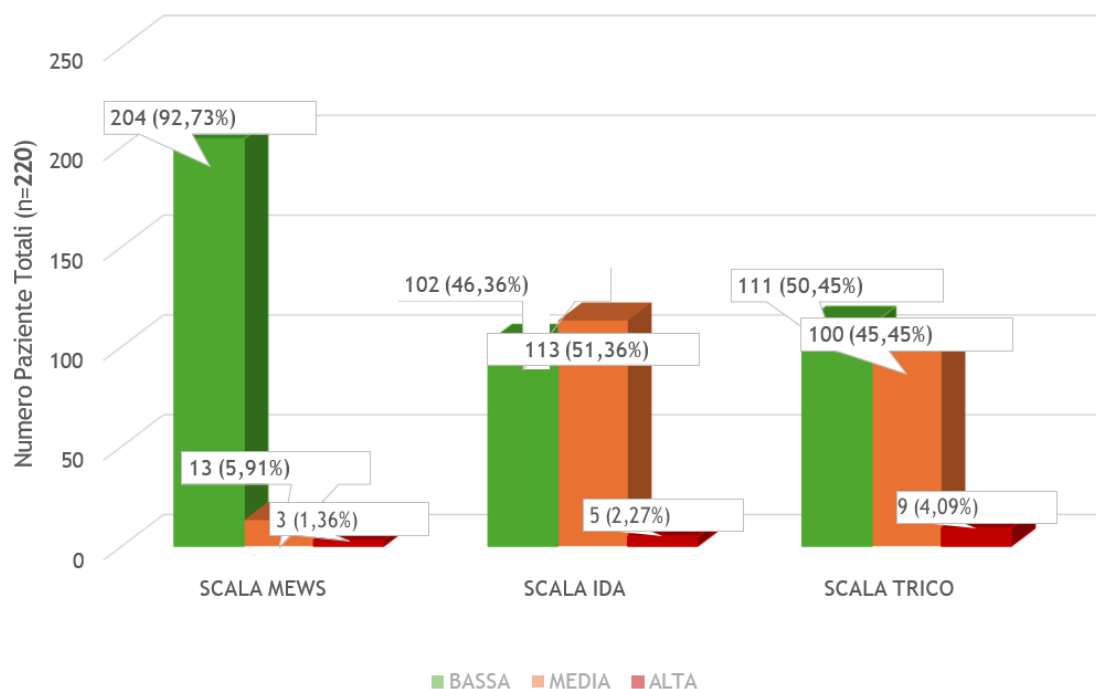
Ne deriva che l'utilizzo sinergico delle due scale, ha calcolato un punteggio Tri-co in prima giornata , che si attesta al 33,47% per i pazienti a bassa instabilità clinica e al 54,03% per i pazienti a media instabilità.

Solamente il 12,5% dei pazienti risulta avere una instabilità alta.

livello	numero	%
Bassa	83	33,47
Media	134	54,03
Alta	31	12,5
TOTALE	248	100

Tab 14. SCALA TRI-CO Livello instabilità/ clinica

5.6.4 Medicina generale in quinta giornata



Dal totale dei pazienti (n=248), la valutazione in quinta giornata è stata eseguita su 220 pazienti, in quanto 28 sono stati dimessi, di cui 11 a domicilio e 17 deceduti.

La tabella Mews indica come il 92,73 % dei pazienti ha un basso indice di intensità di cura , mentre il 5,91% mostra un indice medio e solo il 1,36% un indice alto.

livello	numero	%
Bassa	204	92,73
Media	13	5,91
Alta	3	1,36
TOTALE	220	100

Tab.15 SCALA MEWS Tabella per Indice Intensità di cure

La scala IDA, mette in evidenza come solamente il 46,36% dei pazienti ha un livello di dipendenza assistenziale bassa, mentre il 53.63% ha un livello medio/ alto .

livello	numero	%
Bassa	102	46,36
Media	113	51,36
Alta	5	2,27
TOTALE	220	100

Tab.16 SCALA IDA Tabella per Dipendenza Assistenziale

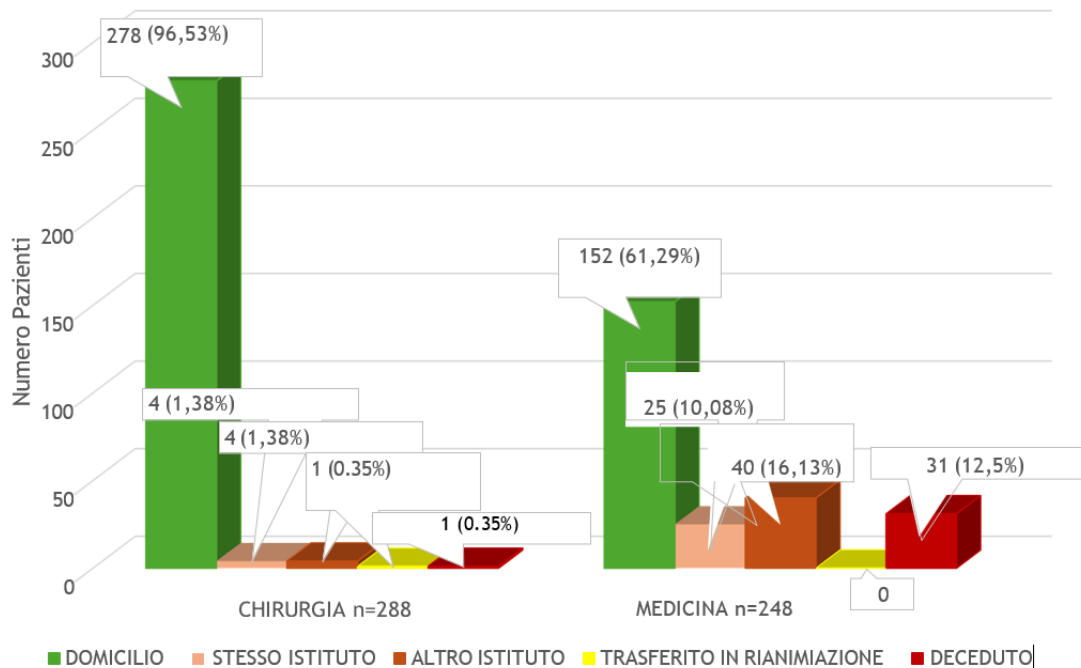
Ne deriva che l'utilizzo sinergico delle due scale, ha calcolato un punteggio Tri-co in quinta giornata , che si attesta al 50.45% per i pazienti a bassa instabilità clinica e al 45.45% per i pazienti a media instabilità, quasi sovrapponibile, tra la bassa e media intensità.

Solamente il 4.09% dei pazienti risulta avere una instabilità alta.

livello	numero	%
Bassa	111	50,45
Media	100	45,45
Alta	9	4,09
TOTALE	220	100

Tab.17 SCALA TRI-CO Livello instabilità/ clinica

5.6.5 Modalità di dimissione del paziente



Dei 288 ricoveri in Chirurgia, 278 (96,53%) sono stati dimessi al proprio domicilio, quattro pazienti sono stati trasferiti presso lo stesso istituto presso la lungodegenza di Camerino, quattro sono stati trasferiti in altri istituti (RSA e Cure Intermedie) , un paziente trasferito in Rianimazione e un paziente deceduto.

La degenza media si attesta a 4 giorni, in linea con quanto richiesto dal Decreto Ministeriale 70/2015, che attesta la degenza media per i ricoveri ordinari a 7 giorni.

Dei 248 ricoveri in Medicina invece solamente 152 pazienti , vale a dire il 61,29%, sono stati dimessi a domicilio, 25 pazienti sono stati trasferiti presso lungodegenza del medesimo presidio, 40 pazienti sono stati trasferiti in altri istituti tra cui l’RSA e cure intermedie dell’Ospedale di Comunità di Matelica e infine 31 pazienti sono deceduti.

La degenza media per la medicina è stata di 10 giorni, questo dovuto alla carenza dei posti letto presso le strutture residenziale e territoriali e pertanto i pazienti sostano nel reparto allungando le giornate di degenza.

6. Discussione

L'evoluzione della domanda di salute e lo sviluppo della rete dei servizi hanno portato a una profonda revisione del ruolo dell'ospedale che, da luogo privilegiato della cura, competente per un insieme esaustivo di servizi, si specializza sempre più verso l'alta intensità assistenziale

L'obiettivo dell'ospedale per intensità di cura è quello di realizzare un'organizzazione che permetta al massimo utilizzo i posti letto nelle diverse piattaforme o layout con miglioramento della qualità percepita, ma soprattutto erogata e centralità dell'assistenza. Le unità operative di medicina interna si stanno caratterizzando per il trattamento di pazienti acuti; la riduzione negli anni dei letti, l'aumento di prestazioni in day-hospital, day-service e ambulatori hanno concentrato, nei reparti medici, pazienti con patologie gravi sia acute che croniche spesso riacutizzate.

A tal proposito dallo studio effettuato, è emerso che i pazienti che afferiscono alla Medicina di Camerino hanno un'età media di 80 anni, e questo porta ad una considerazione, che i pazienti internistici sono complessi, a volte critici o instabili, frequentemente fragili: "l'anziano fragile" di fatti è una persona con più di 75 anni di età, caratterizzata da uno stato di estrema vulnerabilità della sfera fisica, psichica e sociale. La sua instabilità clinica lo rende un soggetto affetto da più patologie contemporaneamente, definendolo "paziente complesso", infatti i pazienti che sono stati ricoverati in Medicina sono stati ricoverati circa all'80% in regime di urgenza e quindi pazienti vulnerabilmente "instabili".

Il "paziente complesso", definizione adottata da *Agency for Healthcare Research and quality* (AHRQ) si riferisce ad una persona affetta da due o più malattie croniche, in cui ciascuna delle condizioni morbose presenti è in grado di influenzare l'esito delle cure delle altre coesistenti attraverso varie modalità: limitazione della speranza di vita, l'aumentata morbilità, le interazioni fra terapie farmacologiche ed infine le componenti di tipo biologico, socioeconomico, culturale, comportamentale e ambientale diventano tutte importanti determinanti della salute (Nardi, Arienti, Nozzoli, & Mazzone, 2012).

Tuttavia anche nelle U.O. chirurgiche vi sono pazienti che ad esempio si ricoverano per eseguire un intervento chirurgico programmato ma che nel post operatorio modifica profondamente i propri bisogni di cura medica e di assistenza infermieristica: all'ingresso

infatti il paziente è stabile (tanto che l'ammissione avviene spesso la mattina stessa dell'intervento), mentre nel post operatorio è un paziente che ha bisogno di un'assistenza più intensiva, dopo qualche giorno di distanza assume un ulteriore profilo di complessità e nei giorni immediatamente precedenti alla dimissione torna ad essere come all'ingresso. Pertanto, la valutazione della somministrazione della scala se fosse stata effettuata nel giorno stesso dell'intervento e in prima giornata, probabilmente la complessità assistenziale potrebbe essere modificata, più verso la scala Tri-co "medio-alto".

Nella documentazione delle cartelle chirurgiche esaminate nello studio, è emerso che i pazienti che afferiscono alla chirurgia di Camerino hanno un'età media di circa 60 anni e hanno effettuato nell'80% intervento di tipo programmato, questo sta a significare che il paziente che accede in chirurgia è un paziente stabile e che ha eseguito una pre-ospedalizzazione; pertanto, è un paziente stratificato e controllato.

Mescolare tutte queste tipologie di pazienti in una corsia di vecchio tipo crea automaticamente una sproporzione nelle diverse fasi tra bisogni e di assistenza.

Misurare la complessità assistenziale è utile in quanto consente di gestire il personale infermieristico, allocare le risorse disponibili secondo il peso assistenziale effettivo, monitorare il carico complessivo del reparto, valutare se l'organico è adeguato rispetto al carico assistenziale, misurare e documentare il lavoro del reparto, confrontare le performance di reparti diversi.

L'instabilità clinica e la complessità assistenziale devono naturalmente integrarsi tra di loro per fornire l'esatta collocazione del paziente nell'area ad intensità di cura adeguata a garantire un setting assistenziale coerente con i problemi clinici (Mathieu, 2007).

Per un utilizzo più appropriato dei posti letto in aree ad altissimo tasso di occupazione, e quindi dotate di ridotta flessibilità, ma anche per un corretto uso delle risorse disponibili in realtà meno affollate e con dotazioni organiche meno contratte, può essere utile prevedere l'attivazione di un sistema di triage interno all'ospedale finalizzato a stratificare, in maniera semplice e rapida, il livello di gravità clinica del paziente in modo da poterlo assistere nel setting più adeguato (Subbe, Kruger, Rutherford, & Gemmel, 2001).

Il metodo Triage di Corridoio (Tri-Co) comprende la valutazione oggettiva, del livello di gravità e di dipendenza grazie all'integrazione di due strumenti: il *Modified Early Warning Score* e l'Indice di Dipendenza Assistenziale.

Alla luce delle considerazioni sopracitate, si è proceduto ad eseguire un'analisi della complessità clinica dei pazienti ricoverati nelle U.U.O.O. di Medicina e Chirurgia del presidio ospedaliero di Camerino al fine di poter correlare tale complessità rilevata ai minutaggi assistenziali previsti dalla normativa AGENAS del 2023, in modo da garantire la giusta determinazione delle risorse professionali necessarie per ogni setting assistenziale.

L'analisi delle cartelle cliniche e la conseguente somministrazione delle scale MEWS, IDA e TRICO, eseguita da gennaio 2023 a maggio 2023, ha determinato i seguenti risultati.

Per quanto riguarda l'U.O. di Chirurgia, in prima giornata si rileva una bassa intensità clinico assistenziale (85.76%) dovuta essenzialmente alla tipologia di paziente, in quanto esso risulta essere un paziente stabile, dovuto al fatto di aver eseguito una pre-ospedalizzazione del periodo di pre-ricovero. Solo il 14,23% dei pazienti presenta un'intensità clinico assistenziale di tipo medio/alto determinata dal paziente chirurgico ricoverato in regime di urgenza o che abbia eseguito un intervento di chirurgia maggiore. Dal campione totale (n=288), è stato possibile eseguire la rivalutazione in quinta giornata in solamente 79 pazienti, in quanto la restante parte risulta essere stati dimessa tra la prima e quarta giornata. Questo dato risulta essere congruente con la degenza media rilevata in tale unità operativa che risulta essere di quattro giorni, in linea con le raccomandazioni definite dal D.M. 70/2015.

La somministrazione delle scale di valutazione in quinta giornata per i sopracitati pazienti, determina un punteggio TRI-CO in aumento verso la media intensità che passa dal 13,9% in prima giornata al 32,91% in quinta giornata. Questo dato dimostra come le necessità clinico assistenziali dei pazienti aumentino nelle immediate giornate post-operatorie.

Per quanto riguarda l'U.O. di Medicina, la somministrazione delle scale di valutazione è stata eseguita estrapolando i dati dal verbale del P.S. poiché il paziente che viene ricoverato in tale unità operativa di norma accede in regime di urgenza.

Pertanto il paziente internistico risulta essere un paziente instabile dal punto di vista clinico e con una maggiore richiesta di bisogni assistenziali dovuti alla propria non autosufficienza.

Il TRI-CO in prima giornata si attesta al 54,03% di pazienti con una media intensità, che diminuisce in quinta giornata attestandosi al 32,91%, di conseguenza aumentano i pazienti con bassa intensità che passano dal 33,47% in prima giornata al 67,09% in quinta giornata. Questo dato è dovuto al miglioramento delle condizioni cliniche che porta ad una maggiore autonomia nelle attività di vita quotidiana.

Un dato importante risulta essere la significativa diminuzione dei pazienti classificati in *alta* intensità dalla prima giornata (12.5%) alla quinta giornata (4.09%), dato dovuto al rapido peggioramento clinico.

Infatti, tutti i pazienti identificati in prima giornata con un'alta intensità hanno avuto esito infausto al termine del ricovero, anche oltre alla quinta giornata. Questo dato risulta essere un fattore predittivo per il rischio di mortalità del paziente.

Dai dati emersi in seguito ai risultati ottenuti, si decide di proseguire lo studio effettuando un'ipotesi organizzativa per intensità di cura unicamente per l'U.O. di Medicina in quanto dai dati rilevati la complessità assistenziale è risultata medio – alta e il tasso di occupazione PL si attesta al 90%.

Pertanto, al fine di ottimizzare le risorse in termini quali-quantitativi, l'ipotesi organizzativa è quella di far riferimento al modello organizzativo teorico assistenziale di riferimento quale il “Primary Nursing”, superando il modello funzionale che è in essere nel reparto di Medicina.

La figura della Primary nursing si basa sull'assegnazione chiara ed individualizzata delle responsabilità nella presa di decisioni relative al percorso assistenziale da parte dell'infermiere referente, garantendo continuità delle cure, essenziali per una pratica sicura.

Esso prevede che l'infermiere responsabile si prenda in carico il paziente erogando l'assistenza diretta ed indiretta, ed è quel professionista responsabile del progetto assistenziale pianificando la rimodulazione dei posti letto e la valutazione della dimissione precoce integrandosi con le figure di riferimento territoriali.

Pertanto, volendo rimodulare le professionalità impiegate in riferimento ai dati analizzati con una complessità assistenziale e una instabilità clinica di tipo Medio/Basso, sono stati modulati i posti letto, suddividendo l'area di bassa intensità con 12 PL, l'area di media intensità con 11 PL e 1 PL per l'area ad alta intensità.

Alla luce del nuovo modello organizzativo e in riferimento alla normativa Agenas del 24/01/2023 il fabbisogno assistenziale per la suddivisione dei posti letto sopraindicati si rilevano 175 minuti di assistenza infermieristica + 60 minuti di assistenza per operatore sociosanitario per posto letto.

La determinazione del numero di infermieri e operatori sociosanitari necessari per le attività di degenza fa riferimento alla metodologia indicata dall'Agenas, la quale individua i criteri per la pianificazione del fabbisogno assistenziale.

Ne deriva il seguente calcolo.

Il TPE (tempo pieno equivalente), al netto di assistenza diretta, identificato dalla normativa Agenas a 240 minuti complessivi minuti di presenza lavorativa che viene identificata nelle norme contrattuali vigenti che corrisponde a 1460 ore/ anno lavorato.

$\text{Min/die} \times \text{PL} = \text{min/die totali}$

$235 (175+60) \times 24 \text{ PL} = 5640$

$\text{Min/die totali} : \text{TPE (tempo pieno equivalente)} = \text{organico complessivo}$

$5640:240 = 23,5$ organico complessivo (14.1 infermieri + 9.4 oss (considerando il 60% di risorse infermieristiche e 40% di Operatori socio sanitari).

Pertanto, dividendo in percentuale il personale infermieristico a cui vengono attribuiti 175 minuti di assistenza, ne derivano 14,1 infermieri, ai quali viene sommato l'organico integrativo (2 unità) , determinando così complessivamente una dotazione organica di 16 infermieri.

Con tale metodica viene calcolato il personale di supporto identificandolo in 9 operatori socio sanitari.

Questo modello organizzativo permette una flessibilità sia legata alla rotazione che all'utilizzo ottimale dei posti letto garantendo sempre l'occupazione del 90% e permette anche una organizzazione mirata all'intensità / complessità assistenziale con le risorse quali-quantitative mirate al fine di garantire un'assistenza di qualità.

7. Limiti

Lo studio condotto presenta dei limiti legati alla tempistica di valutazione nel reparto di Chirurgia per la somministrazione delle scale.

Infatti, la valutazione effettuata in prima giornata, è avvenuta al momento dell'ingresso in reparto e vale a dire prima di effettuare l'intervento chirurgico. Questo potrebbe essere un fattore di confondimento, in quanto i risultati TRI-CO hanno portato ad una bassa intensità, differente sarebbe stata la valutazione in prima giornata dopo l'effettuazione dell'intervento chirurgico oppure in seconda giornata, dove cambia notevolmente la complessità clinico assistenziale dei pazienti.

Altro limite legato sempre al campione chirurgico è dovuto alla dimissione precoce, in quanto dal totale dei pazienti solo una quota parte (n=79) ha potuto effettuare la seconda valutazione TRI-CO in quinta giornata.

8. Conclusione

La rimodulazione dell'organizzazione ospedaliera, secondo il principio dell'intensità di cura, deve saper considerare le necessità dei pazienti in funzione delle risorse assegnate e/ o in funzione delle risorse disponibili.

L'organizzazione aziendale deve essere modulata sulla valutazione dei bisogni oggettivi "reali" dei pazienti, garantendo il miglior livello assistenziale.

Il contesto epidemiologico attuale, caratterizzato da un paziente sempre più problematico in termini sociosanitario, necessita di una specifica stratificazione clinica -prognostica con esigenze assistenziali sempre più estese.

Per il successo di un cambiamento importante, quale quello dell'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura è necessario confrontarsi con la necessità primaria di superare le visioni corporative, nella maggior parte dei casi autoreferenziali, basate sui ruoli professionali (sia consolidati e sia da accentuare), facendo invece della persona malata il vero fulcro, attorno a cui indirizzare gli sforzi organizzativi, gestionali, clinici e In conclusione, con l'elaborazione dei dati statistici analizzati, per la Chirurgia la valutazione dei Tri-co in quinta giornata, eseguita dopo l'intervento chirurgico del

paziente indirizza gli infermieri e i clinici a misurare la complessità/dipendenza assistenziale imparando anche ad oggettivarla , renderla chiara a tutto il gruppo , condividendo percorsi ed interventi concordati.

Lo studio condotto, anche per il reparto di Medicina ha messo in evidenza dati rilevanti diametralmente opposti al reparto di Chirurgia; infatti si evince che la valutazione del Tri-co eseguito in quinta giornata, valuta una discesa del punteggio ottenuto rispetto alla Prima giornata e questo sta a significare che il paziente è in fase di miglioramento, per cui si va verso la bassa intensità con una diminuzione della media intensità.

Invece, tende quasi a scomparire l'alta intensità dovuta ad un peggioramento delle condizioni cliniche del paziente, fino ad arrivare al decesso.

Quindi possiamo affermare che la stratificazione dei pazienti, attraverso il sistema Tri-co, è uno strumento valido ai fini dell'ammissione nei setting assistenziali, è uno strumento utile al fine di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o condizione irreversibile, segnalando all'operatore la necessità di implementare e intensificare le cure o di trasferire il paziente verso l'alta intensità.

Si è visto anche come il punteggio di questa scala, può essere utilizzato come fattore ***predittivo*** per identificare il rischio di morte del paziente.

Lo studio condotto con un'ipotesi organizzativa per l'UU.OO di Medicina rappresenta un importante modalità di presa in carico del paziente, con il nuovo modello organizzativo di riferimento quale la Primary Nursing per garantire il continuum assistenziale, rimodulando le professionalità impiegate in concomitanza dei posti letto occupati suddivisi in bassa/media e alta intensità clinico-assistenziale, al fine di garantire continuità delle cure in sicurezza.

L'implementazione del nuovo modello organizzativo potrebbe incidere sull'utilizzo ottimale dei posti letto , prevenire periodi ospedalizzazione prolungata e favorire gli accessi dei pazienti acuti nel reparto.

Nella nostra azienda, nell'anno 2023 è stato avviato un progetto di sperimentazione di modello organizzativo di “*Transitional Care Infermieristico*”, che si oggettiva con la funzione di facilitare sia il processo di ammissione che di dimissione stessa dei pazienti al fine di diminuire il rischio di riammissioni ospedaliere.

L'Infermiere di “*Transitional care*” (ITA) quale professionista di riferimento per la programmazione e gestione della dimissione, facilita il passaggio dal setting di degenza

ospedaliera al contesto abitativo, determinando nella persona e nei caregivers una minore difficoltà nell'affrontare quotidianamente le diverse problematiche clinico-assistenziali. Concludendo potremmo affermare che lo stesso studio, potrebbe essere condotto in modo prospettico nei setting analizzati, al fine di promuovere l'integrazione di strumenti validati per la rilevazione dei parametri di intensità di cura e complessità assistenziale rendendo oggettivabile la presa in carico del paziente al fine di garantire percorsi di cura sicuri.

La letteratura a tal proposito ha prodotto numerosi studi che convalidano l'efficacia degli score che misurano la complessità clinica ed assistenziale, tutti gli studi hanno in comune l'obiettivo di analizzare l'aumento della complessità dei casi trattati grazie alla presenza di aree dove lavorano in collaborazione i professionisti al fine di aumentare la qualità e sicurezza delle cure fino alla completa e la soddisfazione dei pazienti.

Bibliografia

AGENAS. *Agenzia Nazionale per i servizi sanitari*.

Alessandri, M., Bartolomei, C., Bernardini, M., Landini, G., Laureano, R., & Lombardo, G. (2007). Role of internal medicine in a new model of hospital: proposal of Tuscany's FADOI. *Italian Journal of medicine*, 65-69.

Alessandri, M., Bartolomei, C., Bernardini, M., Landini, G., Laureano, R., & Lombardo, G. (2007). Role of internal medicine in a new model of hospital: a proposal of Tuscany's FADOI. *Italian Journal of medicine*, 65-69.

Allegrini, E., Maimeri, P., Ferrari, C., Pomari, C., Corso, M., . . . Marognolli, O. (2006). Sistemi di classificazione dei pazienti. *Assist Inferm Ric*, 25.

Bortolomei, C., & Cei, M. (2007). L'allocatione 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*, 31-39.

D.Lgs. 19 giugno 1999, n.299 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419".

D.Lgs. 3 febbraio 1993, n.29, Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego. (s.d.).

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L.23 ottobre 1992, n.42.

D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421.

D.M. 70 del 2 aprile 2015 , Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 , Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali in assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502.

Decreto del presidente della repubblica del 27 marzo 1969, n.128 Ordinamento interno dei servizi ospedalieri.

Decreto Legge 19 maggio 2020 n.34 *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*.

Decreto ministeriale del 13 settembre 1988, Determinazione degli standard del personale ospedaliero.

- DGR 1468 del 16 ottobre 2023, Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle strutture Ospedaliere di cui all'allegato A.
- DGR n.358 del 26 marzo 2018 ad oggetto Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: L.R. n.21/2016 art.3 comma 1 lett.b) - Manuale Autorizzazione Strutture Ospedaliere-parte A.
- DGRM 1237/2021 Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta.
- Giovannetti, P. (1979). Understanding patients classification system. *J Nurs Adm*, 4-9.
- Hammond, N., Spooner, A., Barnett, A., Corley, A., Brown, P., & Fraser, J. (2013). The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on the adequacy of vital sign documentation. *Australian critical care*, 18-22.
- Koksal, O., Torun, G., Ahun, E., Sigirli, D., Guney, S., & Aydin, M. (2016). The comparison of modified early warning score and Glasgow coma scale-age-systolic blood pressure scores in the assessment of nontraumatic critical patients in Emergency Department. *Nigerian Journal of critical practice*, 761-765.
- Legge 10 agosto 2000, n.251.*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.*
- Legge 23 dicembre 1978,n.833 Istituzione del servizio sanitario regionale.
- Legge 26 febbraio 1999, n.42. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie.*
- Legge regionale 16 marzo 2000, n.20 , Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio - sanitarie pubbliche e private.
- 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.
- Ministero della Salute. (2007). Progetto mattoni SSN. *Mattone 12 - Prestazioni residenziali e semi residenziali.*
- Moiset, C., Vanzetta, M., & Valicella, F. (2003). *Misurare l'assistenza : un modello di sistema informativo delle performance.* Milano: Mc Graw Hill.
- Moroni, P., Colnaghi, E., Bonfanti, M., Casartelli, L., Croce, D., Foglia, E., & Porazzi, E. (2011). Nuovi “modelli modulari di cura”: l'intensità di cura a dimensione variabile. Il caso dell'Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate. *Sanità Pubblica e Privata*, 46-57.
- Palazzo della cultura e dei congressi. (2012). *Modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura. Confronti nazionali e internazionali.* Bologna.

- Pignatto, A., Regazzo, C., & Tiberi, P. (2010). Intensità di cura e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera. *Agorà*, 44.
- PNRR "Recovery and Resilience Plan". (2021, Luglio 13).
- Regione Emilia Romagna . (2016, Aprile 14). *Salute Regione Emilia Romagna*. Tratto da Salute Emilia Romagna: <http://salute.regione.emilia.romagna.it/assistenza-ospedaliera/intesita-di-cura>
- Rocha, T., Neves, J., & Viegas, K. (2016). Modified early warning score: evaluation of trauma patients. *Revista Brasileira of Enfermagem*, 906-911.
- Silvestro, A., Maricchio, R., Montanaro, A., Molinar Min, M., & Rossetto, P. (2009). *La complessità assistenziale - Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa*. Milano: McGraw-Hill.
- Subbe, C., Kruger, M., Rutherford, P., & Gemmel, L. (2001). Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *QJM Mon J Assoc Physicians*, 521-6.

ALLEGATO A –

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30	
Frequenza Cardiaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 130	
Pressione arteriosa sistolica	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200		
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	
Temperatura Corporea		< 35		35-38,4		> 38,5		
Comorbidità							Totale	

BASSO/STABILE (score 0-2)

MEDIO/INSTABILE (score 3-4)

ALTO RISCHIO/CRITICO (score 5).

ALLEGATO B –

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 C –

	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