

## INTRODUZIONE

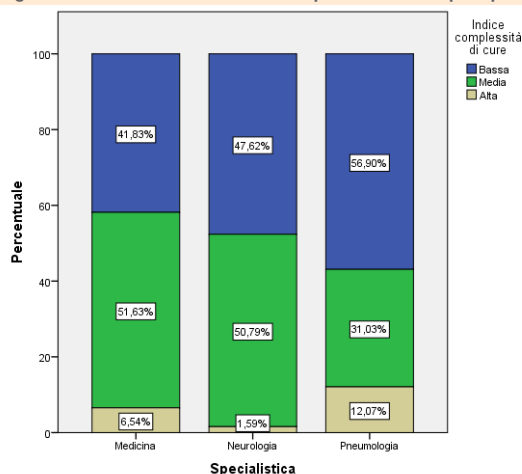
Il modello per intensità di cure prevede l'allocazione del paziente nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, legati non solo alla tipologia di ricovero, ma anche alla sua condizione clinica e di dipendenza assistenziale.

La recente riorganizzazione dell'Area Medica nel presidio ospedaliero di Livorno, che ha interessato le specialistiche di Medicina, Neurologia e Pneumologia, ha visto il completamento del modello di intensità di cure con la creazione del livello Low Care (bassa complessità clinico-assistenziale). Il contesto organizzativo attuale consente l'erogazione delle cure su 3 livelli. L'obiettivo dello studio è quello di determinare i profili di intensità di cura dei pazienti allocati nei diversi setting assistenziali attraverso metodiche valide e affidabili per la valutazione della instabilità clinica e della complessità assistenziale, che insieme definiscono il livello di intensità di cure necessarie.

## MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio trasversale di prevalenza. Per la valutazione della intensità di cure è stato utilizzato il metodo TRI-CO (triage di corridoio). In quattro "giorni indice" nel periodo luglio-agosto 2017 sono stati rilevati gli score della **Modified Early Warning Score (MEWS)** e dell'**Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA)** di tutti i pazienti presenti, alle ore 8.00, nei 3 livelli assistenziali. La Scala **MEWS** valuta 5 parametri fisiologici: pressione arteriosa sistolica; frequenza cardiaca; frequenza respiratoria; temperatura corporea; stato di vigilanza (AVPU) e in base allo score complessivo identifica il paziente stabile (score 0-2), instabile (score 3-4) o critico (score >4). L'**IDA** valuta 7 dimensioni assistenziali: alimentazione; eliminazione; igiene e comfort; mobilizzazione; procedure diagnostiche; procedure terapeutiche, percezione sensoriale. A ciascun item viene assegnato un punteggio da 1 a 4. Gli score complessivi stratificano il paziente con alta, media e bassa dipendenza assistenziale; L'incrocio delle due rilevazioni ha fornito uno score complessivo, **Indice di Intensità di Cura (IIC)** categorizzato su 3 livelli: basso, medio, alto.

Fig. 2 Distribuzione dell'Indice di Complessità di Cure per specialistiche



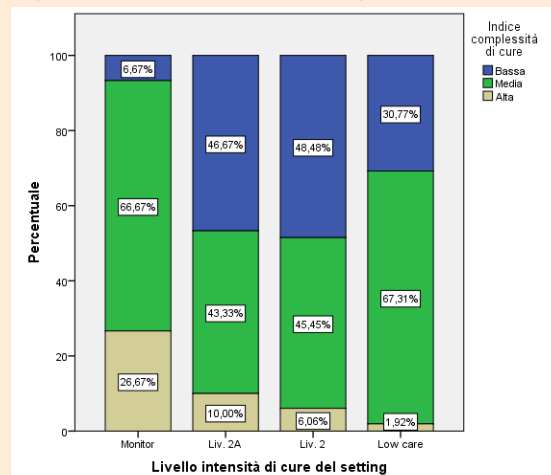
## Nuovo modello organizzativo Area Medica

Setting	Livello Intensità di cure				Totale pl
	Monitor	2A	2B	Low care	
P. Terra			16 pl		16 pl
P. 1	4 pl	8 pl	23 pl		35 pl
P. 2			35 pl		35 pl
P. 3			13 pl	14 pl	27 pl
<b>Tot. pl</b>	<b>4 pl</b>	<b>8 pl</b>	<b>87 pl</b>	<b>14 pl</b>	<b>113 pl</b>

## RISULTATI

Sono stati valutati n. 427 pazienti con un'età media di 77,7 aa (range 38-101), in prevalenza di genere femminile (53,6%). La media delle giornate di degenza al momento della rilevazione è risultata di 7,3 (range 1-30). Il 71,7% dei pazienti afferiva alla Medicina (n. 306), il 14,8% alla Neurologia (n.63), il 13,6% alla Pneumologia (n.58). Nella **fig. 1** è riportata la distribuzione dell'IIC nei setting. La prevalenza di pazienti valutata con alto ICC è proporzionale con il livello di cure erogato: dal 26,7% nei letti monitorati al 1,9% della Low Care ( $\chi=12,435$ ;  $p=0,006$ ). Nel confronto fra specialistiche (**fig. 2**) la Pneumologia ha presentato una proporzione maggiore di pazienti con IIC alto (12,1%) rispetto alla Medicina (6,5%) e alla Neurologia (1,6%) senza significatività statistica ( $\chi=5,415$ ;  $p=0,067$ ).

Fig. 1 Distribuzione dell'Indice di Complessità di Cure nei setting



## CONCLUSIONI

L'allocazione dei pazienti con elevato impegno clinico assistenziale è risultata coerente con il modello organizzativo che identifica nel setting 2A (comprensivo di letti con monitoraggio) il livello di intensità di cure appropriato. Più eterogenea la distribuzione dei pazienti con profili di intensità di cure media e bassa. Il confronto dell'impegno assistenziale tra le diverse specialistiche afferenti all'area medica mostra una prevalenza di pazienti pneumologici con alto ICC, ma la stessa disciplina è quella con una maggiore proporzione di pazienti con ICC basso. L'uso prospettico di strumenti standardizzati per la valutazione della complessità assistenziale può rappresentare un valido supporto per migliorare l'appropriatezza organizzativa.

Andrea Caiazzo<sup>1</sup>,  
Antonella Dal Canto<sup>1</sup>,  
Stefania Infrasca<sup>2</sup>,  
Enrico Menicagli<sup>2</sup>,  
Annalisa Pistoia<sup>2</sup>,  
Debora Solinas<sup>2</sup>,  
Silvia Niccolini<sup>1</sup>,  
Antonella Perini<sup>1</sup>,  
Chiara Pini<sup>3</sup>

1. Pos. Organizzativa Dipartimento Infermieristico Ostetrico
2. Coord. Infermieristico Area Medica P.O. Livorno
3. Direttore Dipartimento Infermieristico Ostetrico

## Bibliografia

- Bartolomei C., Cei M. L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). Italian Journal of Medicine 2007; (1)2:31-39
- Lombardi N, Scudeller L. Validazione di uno strumento per la definizione della complessità assistenziale: l'esperienza dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia; Giugno 2012
- Allegrini et al. Sistemi di classificazione dei pazienti. Assistenza infermieristica e ricerca 2006;25(1):56-60
- Mongardi M, Bassi E, Di Ruscio E. (a cura di). Ospedale per intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti. Regione Emilia Romagna. Febbraio 2015.
- Baratto S. Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica. Abstract Book: Innovazione ed esperienze di buona pratica infermieristica - XVI Congresso Federazione nazionale Collegi IPASVI, 2012: 33-34.

Contatti:  
Andrea Caiazzo  
Dipartimento Infermieristico Ostetrico  
Ambito territoriale di Livorno

E-mail: andrea.caiazzo@uslnordovest.toscana.it  
Tel: 0586 614252