

n. 2
2021

Working Paper of Public Health

La serie di Working Paper of Public Health (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni online ed Open Access, progressiva e multi disciplinare in Public Health (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: Directory of Open Access Journals (DOAJ); Google Scholar; Academic Journals Database;

Comitato Scientifico:

Prof. Roberto Barbato

Dott.ssa Manuela Ceccarelli

Dott. Diego Gazzolo

Dott.ssa Federica Grosso

Prof. Marco Krengli

Prof.ssa Roberta Lombardi

Prof. Leonardo Marchese

Prof. Vito Rubino

Dott. Gioel Gabrio Secco

Dott. Paolo Tofanini

Dott. Giacomo Centini

Dott. Gianfranco Ghiazza

Dott.ssa Daniela Kozel

Dott. Marco Ladetto

Dott. Antonio Maconi

Dott. Alessio Pini Prato

Dott.ssa Mara Scagni

Dott.ssa Maria Elena Terlizzi

Dott.ssa Roberta Volpini

Comitato editoriale:

Dott. Antonio Maconi

Dott. Alfredo Muni

Dott.ssa Marinella Bertolotti

Responsabile:

Dott. Antonio Maconi

telefono: +39.0131.206818

email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Mariateresa Dacquino, Marta Betti,

Mariasilvia Como, Laura Gatti

telefono: +39.0131.206192

email: mdacquino@ospedale.al.it; lgatti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Comitato editoriale verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Comitato editoriale valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per

il WP (i.e. peer review). L'utilizzo del peer review costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori standard di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Comitato editoriale su cosa fare del manoscritto (i.e. accepted o rejected).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. double blinded).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata on line in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia;
- Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: Original Articles (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); Brief Reports (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure Research Reviews (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo et al; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.

n.02
2021

titolo

**ANALISI DELLA COMPLESSITÀ
ASSISTENZIALE IN AREA CHIRURGICA:
PERSICETO'S SCORE**

title

**ANALYSIS OF THE CARE COMPLEXITY
IN THE SURGICAL AREA: PERSICETO'S
SCORE**

autori

**M. Bonato¹, L. Gambarini², T. Bolgeo³, D. Gatti³, F. Viazzi³,
M. Bertolotti³, A. Maconi³.**

¹Geriatria, AO "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo", Alessandria

²Direzione Professione Sanitarie, AO "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo", Alessandria

³Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione - DAIRI, AO "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo", Alessandria

tipologia

Original Article

keywords

ICA, intensity of care, tools, surgical area.

ABSTRACT

Introduzione: In Italia si sta affermando un nuovo modo di pensare l'ospedale che prevede l'articolazione dell'assistenza e delle risorse secondo l'intensità delle cure e la complessità assistenziale; i pazienti assumono un ruolo centrale e non vengono più raggruppati per disciplina medica ma bensì per alta, media o bassa complessità assistenziale. L' Obiettivo di questo studio è sperimentare uno strumento per la rilevazione della complessità assistenziale nelle aree di intervento, calcolare e analizzare la complessità assistenziale chirurgica dei pazienti in prima giornata post-intervento.

Metodologia: adozione del metodo Swot per definire lo strumento Persiceto's Score, adattato al contesto alessandrino. La scheda Persiceto è costituita da punteggi forniti da tre elementi: tipo di intervento chirurgico, condizione di salute/malattia concomitante, grado di autonomia del paziente nelle varie attività.

Risultati: Le schede Persiceto, compilate in prima giornata post-intervento, sono state 80 in un periodo di valutazione di circa 60 giorni. La condizione di salute e malattia concomitante degli 80 pazienti è stata 43 con malattia sistemica moderata, 22 con malattia sistemica grave, 13 in buona salute e 2 in pericolo di vita. Il grado di dipendenza assistenziale emerso dalla valutazione tramite la IDA degli 80 pazienti è stato di 56 a bassa dipendenza assistenziale, 23 media e 1 alta

Conclusioni: Con il presente studio si è voluto dimostrare che uno strumento semplice, efficace e riproducibile può aiutare durante la riorganizzazione per intensità di cura nel post-intervento ad ottenere classificazioni precise di complessità assistenziale.

ABSTRACT

Introduction: In Italy a new way of thinking about hospitals is emerging. It involves the articulation of care and resources according to the intensity and the complexity of care; patients acquire a central role and are no longer grouped by medical disciplines but by high, medium or low care complexity. Purpose of this study is to test a tool that detects care complexity in the areas of intervention, calculating and analyzing the care complexity of surgical patients in their first day after surgery.

Methods: adoption of the Swot method to specify the Persiceto's Score tool, adapted to the Alexandrian context. The Persiceto tool consists of scores obtained from three elements: type of surgery, state of health/concurrent disease condition, autonomy level of the patient in various activities.

Results: In an evaluation period of about 60 days the Persiceto tools completed on the first day after surgery were 80. The state of health and concurrent disease condition of the 80 patients was constituted by 43 with moderate systemic disease, 22 with severe systemic disease, 13 in good health and 2 in threatening health conditions. The level of care dependency that emerged from the IDA assessment of the 80 patients was 56 with low care dependency, 23 with average and 1 with high care dependency.

Conclusions: This study has shown that a simple, effective and replicable tool can be useful during the reorganization of care intensity during post-surgery to obtain a precise classifications of care complexity.

INTRODUZIONE

Nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale si sta assistendo a una significativa evoluzione dei componenti organizzativo-assistenziali conseguenti all'obiettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare, all'aumento dell'età media, della popolazione con **fragilità e malattie cronico degenerative**, a cui si associa la costante **evoluzione scientifica** e tecnologica. Ciò rende necessario una riorganizzazione dei processi ridefinendo gli ambiti di cura e di assistenza mirandoli maggiormente alla centralità del paziente ed all'assistenza necessaria.

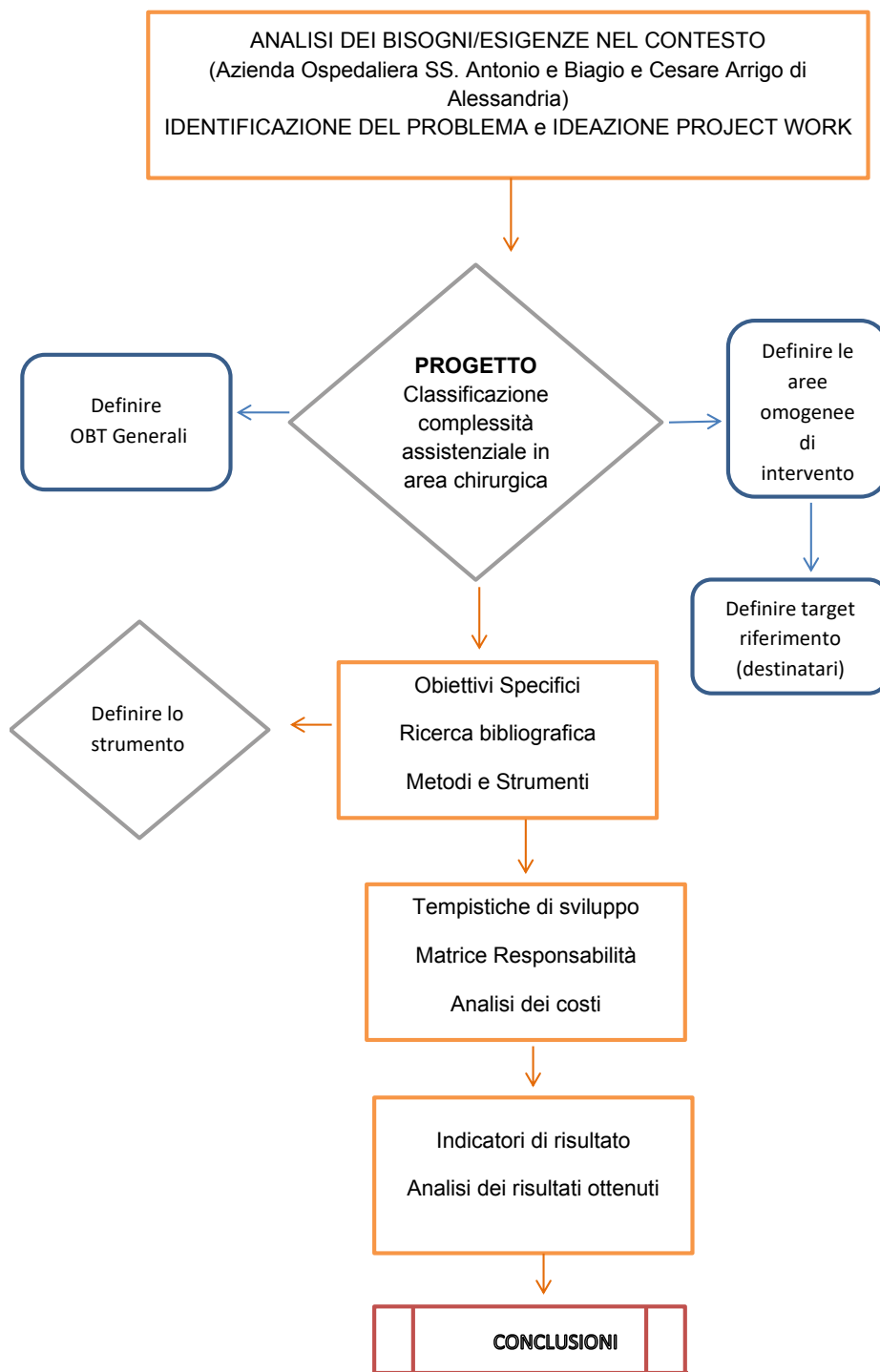
Per riorganizzare i processi, il settore sanitario pubblico può avvalersi di sistemi organizzativi/gestionali nati in ambito manifatturiero che sono adattabili alle aziende sanitarie. Ne è un esempio il **Lean Thinking**, ispirato al modello di produzione della Toyota, che ha fatto la sua comparsa nel mondo sanitario circa dieci anni fa, infatti, è proprio nell'erogazione delle prestazioni in modo snello, suggerita dal Lean Thinking, che trova fondamento l'idea di un nuovo ospedale **organizzato per intensità di cura** (IDC).

L'intensità di cura permette di garantire a ciascun paziente il livello assistenziale realmente corrispondente alle sue necessità venendo così superata l'assegnazione del paziente ad una specifica disciplina ma bensì ad aree assistenziali omogenee per grado di intensità.

L'intensità di cura è data dalla complessità assistenziale e dall'intensità clinica. La complessità assistenziale è definita "interazione delle variabili stabilità/instabilità clinica, capacità dell'assistito di definire le proprie necessità e possibilità di agire autonomamente ed efficacemente."

In Italia sono stati introdotti processi di riorganizzazione di questo tipo solo nell'ultimo decennio; la riorganizzazione per intensità di cura è presente nei Piani Sanitari Regionali di Piemonte, Emilia-Romagna e Lombardia.

1.0 Macroprogettazione e microprogettazione del Project Work



La prima esperienza di intensità di cura nell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" è stata l'apertura il 1 gennaio 2016 della **struttura semplice Cure Intermedie**; l'ingresso in tale struttura (otto posti letto), riguarda pazienti provenienti da S.C. Geriatria o S.C. Medicina Interna o S.C. Medicina d'Urgenza e classificati in bassa/media complessità assistenziale tramite lo strumento Tri-Co (Triage di Corridoio) composto dalla scheda MEWS (Modified Early Warning Score) e dalla scheda IDA (Indice Dipendenza Assistenziale). Il modello di intensità di cura in area medica viene applicato tutti i giorni presso la S.S. Cure Intermedie ma il coinvolgimento non interessa tutte le strutture mediche. Il modello di intensità di cura in area chirurgica è invece del tutto assente.

In relazione a criticità presenti all'interno dell'organizzazione della rete aziendale, le aree individuate sono le seguenti: **programmazione, funzionamento** e aree funzionali, in particolare per le aree funzionali l'obiettivo strategico è quello di riorganizzare l'attività per aree omogenee migliorando le condizioni di erogazione.

Obiettivo generale del Project Work

Classificazione secondo adeguato livello di complessità assistenziale di pazienti in ricovero-ordinario in prima giornata post-intervento nelle S.C. Chirurgia Generale, S.C. Urologia, S.C. Otorino-Laringoiatria dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

Definizione aree di intervento e destinatari

Aree di intervento: S.C. Chirurgia Generale, S.C. Urologia, S.C. Otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

Criteri di inclusione: tutti i pazienti di età superiore a 18 con regime di ricovero ordinario in post-intervento prima giornata in elezione (interventi programmati).

Criteri di esclusione: pazienti di età inferiore a 18, pazienti in regime di ricovero non ordinario, pazienti post-intervento prima giornata ricoverati in area di rianimazione/intensiva.

Raccolta dati: nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy

Obiettivi specifici Project Work

Sperimentare uno strumento per la **rilevazione della complessità assistenziale** presso S.C. Chirurgia Generale, S.C. Urologia e S.C. Otorinolaringoiatria.

Calcolare la complessità assistenziale infermieristica in prima giornata post-intervento per ogni S.C. Chirurgia Generale, S.C. Urologia e della S.C. Otorinolaringoiatria Azienda Ospedaliera "SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

Analizzare la complessità assistenziale infermieristica del paziente in regime di ricovero prima giornata post-intervento presso le suddette strutture descrivendo gli elementi caratterizzanti il carico assistenziale richiesto ovvero:

1. tipo di intervento chirurgico;
2. condizione di salute/malattia concomitante;
3. grado di autonomia del paziente nelle varie attività.

METODI E STRUMENTI

Analisi organizzativa: S.C. Chirurgia Generale, S.C. Urologia, S.C. Otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedaliera "SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

Strumenti di classificazione della complessità assistenziale.

Strumenti basati sulle attività infermieristiche:

- NMDS (Nursing Minimum Data Set), Belgio - 1983
- SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée), Francia anni'80

- LEP (Leistungserfassung in der pflege) Registrazione prestazioni infermieristiche, Svizzera 1997
- CLIO (Carico di Lavoro del personale Infermieristico Ospedaliero), Italia - 1995
- WINS (Workload Indicators of Staffing Need), OMS - 1998
- NHPPD (Nursing Hours Per Patient Day), Australia - 2002
- TISS* (Therapeutic Intervention Scoring System), USA - 1974
- TISS Update*, USA - 1983
- TOSS* (Time Oriented Score System), Italia - 1991
- TISS 28* (Simplified Therapeutic Intervention Scoring System), Olanda - 1996
- NEMS* (Nine Equivalents of nursing Manpower use Score), Europa - 1997
- NAS* (Nursing Activities Score), Europa - 2003
- NCR11* (Nursing Care Recording System), Svezia - 2004
- SoPRA (System of Patient Related Activities), UK – 1999
- AMBRA (Analisi, Modelli, Bisogni delle Risorse Assistenziali), Italia – 2008

Strumenti sui piani di assistenza

- PNR (Project de Recherche en Nursing), Canada 1974/1980
- PLAISIR (Planification Informatisee des Soins Infermiers Requis), Canada 83
- SISTEMA CLOC, Italia 1998

Strumenti basati sulla complessità assistenziale

- OPC (Oulu Patient Classification System), Finlandia - 1998
- PINI (Patient Intensity for Nursing Index), USA - 1991
- Zebra System, Svezia - 1993
- RAFAELA, Finlandia – 2000
- ICA (Indice di Complessità Assistenziale), Italia - 1999
- MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante), Italia – 2007
- PER.Vin.CA (Percorso Valutazione infermieristica Complessità Assistenziale), Italia 2012

Strumenti che integrano più score

- Tri-Co (Triage di Corridoio), Italia 2006
- Persiceto's Score, Italia 2010

Strumenti basati sulla dipendenza di persone

- Metodo New York, USA - 1953
- Metodo Claussen, USA - 1954/55
- Metodo Tibbits (Claussen modificato), USA - 1955
- Metodo delle cure globali, USA - 1957
- Metodo PPC (Patient Progressive Care), USA - 1957
- Metodo Johns Hopkins, USA - 1960
- Metodo Goddard, UK - 1962/63
- Metodo Pardee, USA - 1968
- Metodo Aberdeen, UK - 1969
- Metodo PETO (Poland, English, Thorton, Owens), USA - 1970
- Metodo Georgette (CASH modificato) - 1970
- Sistema Centri ospedalieri di New York, USA - 1971
- Metodo Vienne, Francia - 1978/79
- Metodo Svizzero, Svizzera - 1970/73
- Metodo Rhys Hearn, UK - 1977
- Criteria for Care, UK - 1978
- Metodo FIM (Functional Independence Measure), USA - 1986
- Metodo RAI (Resident Assessment Instrument), USA - 1987/91
- PANDA (Paediatric Acuity and Nursing Dependency Assessment), UK - 1996
- IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale), Italia - 2005
- SIPI (Sistema Informativo della Performance Infermieristica), Italia - 2002/3
- IIA (Indice di Intensità Assistenziale), Italia - 2008
- AUKUH (Association of UK University Hospital), UK - 2007

In seguito ad accordo tra esperti locali lo strumento scelto per il calcolo della complessità assistenziale è il **metodo SWOT**. L'analisi SWOT (conosciuta anche come matrice SWOT) è uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (Strengths), i punti di debolezza (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) di un progetto o in un'impresa o in ogni altra situazione in cui un'organizzazione o un individuo debba svolgere una decisione per il raggiungimento di un obiettivo. L'analisi può riguardare l'ambiente interno (analizzando punti di forza e debolezza) o esterno di un'organizzazione (analizzando minacce ed opportunità).

Nella decisione sono stati coinvolti, quali **stakeholder**, il Coordinatore del comparto – Dipartimento Chirurgico Strutturale ed il Dirigente delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di Ostetrica dell'Azienda Ospedaliera "SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.



Analisi SWOT	Qualità utili al conseguimento degli obiettivi	Qualità dannose al conseguimento degli obiettivi
Elementi interni (riconosciuti come costitutivi dell'organizzazione da analizzare)	Punti di forza: - Centralità dei bisogni della persona assistita - Aggregazione e allocazione dei degenti per intensità di cure e complessità assistenziale infermieristica area chirurgica - Ottimizzazione dell'impiego delle risorse - Appropriately clinica-assistenziale EBM-EBN - Passaggio dal modello per compiti al modello team-nursing o primary nursing (valorizzazione dei professionisti) - Strumento sintetico, di facile e veloce utilizzo	Punti di debolezza: - Resistenze al cambiamento - Paura dei professionisti di "cambiare" le proprie abitudini - Difficoltà di integrazione di gruppi allargati - Adeguamenti culturali - Adattamento dello strumento al contesto interno - Gli strumenti italiani non sono validati formalmente
Elementi esterni (riconosciuti nel contesto dell'organizzazione da analizzare)	Opportunità: - Appropriately organizzativo-gestionale dei pazienti (valutazione tipo intervento, grado di autonomia del paziente) - Definizione qualitativa delle figure assistenziali in base alla complessità dei degenti - Infermiere di processo - Case Manager	Rischi: (minacce) - Mancanza di cultura sui nuovi modelli organizzativi - Potrebbe essere visto come lavoro ulteriore (aumento carico di lavoro)

Definizione e descrizione dello strumento utilizzato

La scheda che ha maggiormente risposto ai precedenti punti è: **Persiceto's Score**.

Viene definito uno strumento che integra più punteggi con la finalità di valutazione e assegnazione del paziente chirurgico programmato all'area di complessità assistenziale (bassa, media, alta) adeguata ai bisogni rilevati.

Lo strumento Persiceto's Score utilizzato presso la S.C. Chirurgia Generale, S.C. Urologia e S.C. Otorino-Laringoiatria dell'Azienda Ospedaliera "Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria è stato adattato al contesto dal progettista e dagli stakeholder tramite il metodo SWOT.

Analisi SWOT	Qualità utili al conseguimento degli obiettivi	Qualità dannose al conseguimento degli obiettivi
Elementi interni (riconosciuti come costitutivi dell'organizzazione da analizzare)	Punti di forza: - Il Persiceto's Score è utilizzato ad oggi nell'accettazione pre-operatoria dallo stabilimento Ospedaliero di San Giovanni in Persiceto, Azienda USL di Bologna - Descrive gli obiettivi specifici del project work - Nell'Azienda Ospedaliera di Alessandria viene utilizzata Score ASA	Punti di debolezza: - Nell'Azienda Ospedaliera di Alessandria non viene utilizzata la scala di Barthel - Nell'Azienda ospedaliera di Alessandria gli interventi chirurgici non vengono classificati per intensità
Elementi esterni (riconosciuti nel contesto dell'organizzazione da analizzare)	Opportunità: - Definire gli interventi chirurgici a livello locale - Sperimentare il Persiceto'Score c/o l'Azienda di Alessandria in post-intervento - Appropriatelyzza organizzativo-gestionale dei pazienti (valutazione tipo intervento, grado di autonomia del paziente) - Definizione quali-quantitativa delle figure assistenziali in base alla complessità dei degenti - Infermiere di processo	Rischi: (minacce) - Utilizzare il Persiceto'Score c/o l'Azienda di Alessandria in post-intervento prima giornata - Il paziente può essere trasferito direttamente in Rianimazione se emergono complicanze (non valutato)

Persiceto'Score adattato al contesto alessandrino è costituito da tre elementi:

A Intervento Chirurgico

("Classificazione Nice National Institute for Health and Care Excellence. 2003"
e "Raggruppamento sistematico per apparati e distretti corporei. 2011 ")

Punti 1: interventi a bassa intensità

Punti 2: interventi a media intensità

Punti 3: interventi ad alta intensità

B Condizione di salute/malattia concomitante

(Score ASA - American Society of Anesthesiologists)

Punti 1: paziente in buona salute

Punti 2: paziente con malattia sistemica lieve o moderata

Punti 3: paziente con malattia sistemica grave

Punti 4: paziente con malattia sistemica grave con pericolo di vita

C Grado di autonomia del paziente (IDA – Indice Dipendenza Assistenziale)

Punti 0: punteggio da 20 a 28 – bassa dipendenza assistenziale

Punti 1: punteggio dal 12 a 19 – media dipendenza assistenziale

Punti 2: punteggio da 7 a 11 – alta dipendenza assistenziale

La somma dei punteggi A + B + C = Classi di Complessità Post-intervento

da 1 a 3 —————> bassa complessità

da 4 a 6 —————> media complessità

da 7 a 9 —————> alta complessità

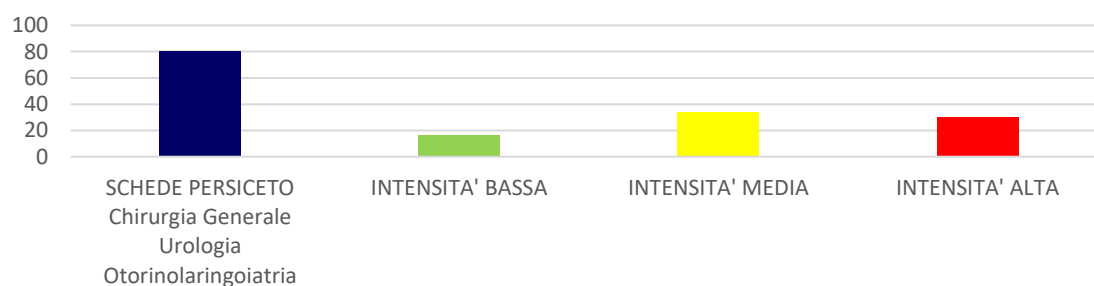
La realizzazione del progetto non richiede alti costi. Risorse materiali: previsto l'utilizzo di Personal Computer, stampante, cartuccia, fotocopiatrice, carta. Risorse del personale: un tempo di 2/3 mesi per la raccolta dei dati, di 1 mese per l'analisi dei dati e di 2 settimane per la stesura del progetto.

INDICATORI DI RISULTATO

OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORI DI ATTIVITA'	EVIDENZE DI RISULTATO
Sperimentazione dello strumento Persiceto's Score per la rilevazione della complessità assistenziale post-intervento prima giornata S.C. Chirurgia Generale S.C. Urologia S.C. Otorinolaringoiatria	Compilazione diretta dello strumento paziente per paziente: - n° casi presi in carico - rilevazione punteggi: PUNTEGGIO A) INTERVENTO CHIR. 1 = bassa intensità 2 = media intensità 3 = alta intensità PUNTEGGIO B) CONDIZIONE DI SALUTE/MALATTIA CONCOMITANTE 1 = pz in buona salute 2 = pz con malattia sistemica o moderata 3 = pz con malattia sistemica grave 4 = pz con malattia sistemica grave/pericolo di vita PUNTEGGIO C) GRADO DI AUTONOMIA 0 = bassa dipendenza assistenziale 1 = media dipendenza assistenziale 2 = alta dipendenza assistenziale - A + B + C	- 80% rilevazione n° 30 pazienti per ogni struttura - n° 90 schede Persiceto - Classificazione per intensità di cura degli interventi chirurgici - Determinazione della condizione di salute dei pz - Determinazione del grado di dipendenza assistenziale dei pz - Classificazione della complessità assistenziale di tutti i pazienti in post-intervento

TOTALE SCHEDE PERSICETO	INTENSITA' BASSA	INTENSITA' MEDIA	INTENSITA' ALTA
80	16	34	30

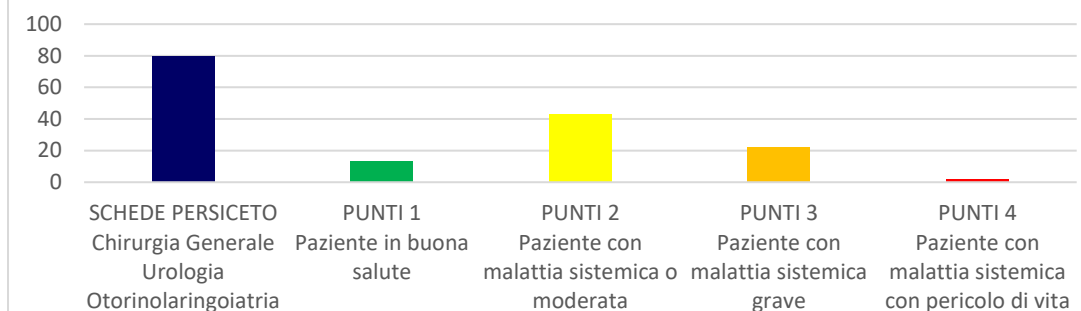
**Classificazione per Intensità di cura
degli Interventi Chirurgici
rilevata al termine del periodo di valutazione**



PUNTEGGIO B: CONDIZIONE DI SALUTE/MALATTIA CONCOMITANTE

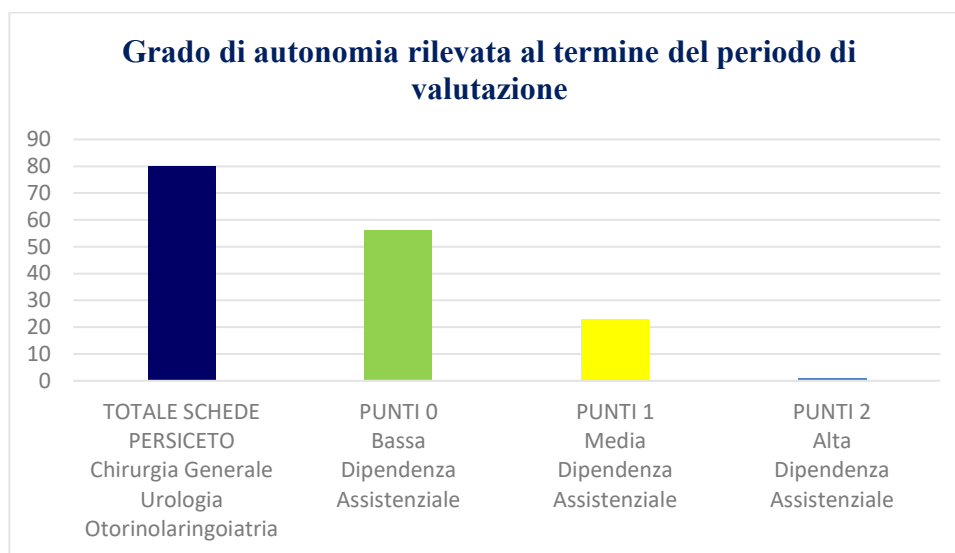
TOTALE SCHEDE PERSICETO	PUNTI 1 Paziente in buona salute	PUNTI 2 Paziente con malattia sistemica o moderata	PUNTI 3 Paziente con malattia sistemica grave	PUNTI 4 Paziente con malattia sistemica con pericolo di vita
80	13	43	22	2

**Condizione di salute/malattia concomitante
rilevata al termine del periodo di valutazione**



PUNTEGGIO C: GRADO DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE

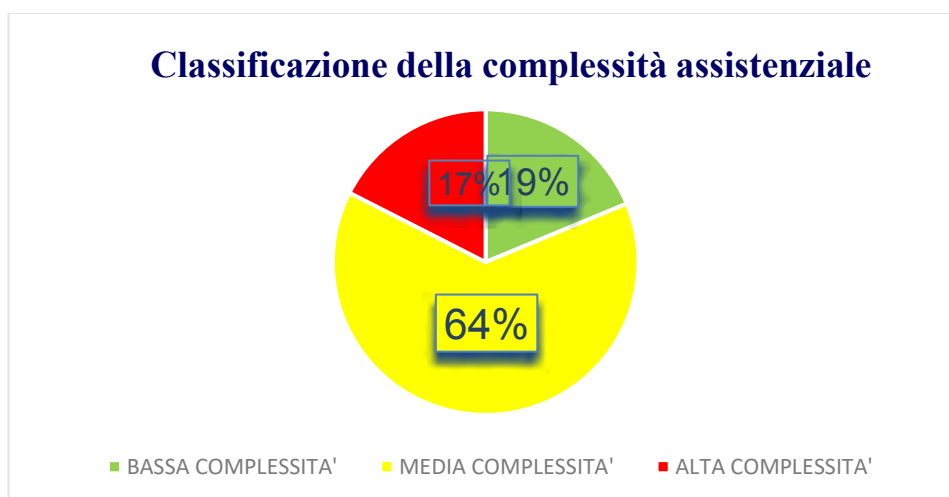
TOTALE SCHEDE PERSICETO	IDA da 20 a 28	IDA da 12 a 19	IDA da 7 a 11
	PUNTI 0	PUNTI 1	PUNTI 2
	Bassa dipendenza assistenziale	Media dipendenza assistenziale	Alta dipendenza assistenziale
80	56	23	1



PUNTEGGIO A: INTENSITA' DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI +
 PUNTEGGIO B: CONDIZIONE DI SALUTE/MALATTIA CONCOMITANTE +
 PUNTEGGIO C: GRADO DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE =
 $A+B+C=$
 CLASSIFICAZIONE DELLA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE
 A+B+C: DA 1 A 3 BASSA – DA 4 A 6 MEDIA – DA 7 A 9 ALTA

Il calcolo totale della complessità assistenziale riferito complessivamente:

SCHEDA TOTALI	80	100%
BASSA COMPLESSITA'	15	19%
MEDIA COMPLESSITA'	51	64%
ALTA COMPLESSITA'	14	18%



DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dall'analisi organizzativa si evince che il modello assistenziale utilizzato dalle strutture complesse e semplici è quello tradizionale dove le attività infermieristiche vengono eseguite "per compiti", tuttavia da gennaio 2016 l'Azienda ha aperto gli orizzonti ad un **modello alternativo** rappresentato dall'ospedale per intensità di cura con la nascita della Struttura Semplice "Cure Intermedie" coinvolgendo la S.C. Geriatria, la S.C. Medicina Interna, la S.C. Medicina d'Urgenza e la S.C. Oncologia.

L'Azienda provvederà a **razionalizzare** e ridistribuire le risorse proporzionando i mezzi ai fini dei fabbisogni tecnologici, a dimensionare le risorse umane ed a separare i percorsi ad alta e media complessità chirurgica dalla bassa complessità.

Come evidenziato nella prima sezione, *la finalità generale che ha guidato il presente lavoro*, è stata quella di **fornire un contributo in merito all'ospedale per intensità di cura anche in area chirurgica**. Nello specifico il presente elaborato ha come obiettivo di ottenere una classificazione secondo adeguato livello di complessità assistenziale di pazienti in ricovero ordinario in prima giornata post-intervento nelle S.C. di Chirurgia Generale, Urologia e Otorinolaringoiatria.

Il progettista e gli stakeholder, quali esperti locali, hanno utilizzato il *metodo SWOT* per la scelta dello strumento e per l'adattamento di esso al contesto alessandrino. *Lo strumento* Persiceto's Score è quello che ha maggiormente soddisfatto gli obiettivi prefissati. Nel progetto sono state definite tempistiche di sviluppo tramite il "Diagramma di Gantt" e responsabilità tramite "la Matrice delle Responsabilità".

In questa sezione conclusiva vengono evidenziati i principali *risultati* della sperimentazione dello strumento Persiceto's Score per la rilevazione della complessità assistenziale post-intervento prima giornata presso le S.C. di Chirurgia Generale, Urologia e Otorinolaringoiatria.

Il numero delle schede di valutazione Persiceto's Score, prefissato negli *indicatori di risultato*, era di 30 per ogni struttura e quindi 90 complessivamente. Al termine del progetto sono state compilate 30 schede in S.C. Chirurgia Generale, 30 schede in S.C. Urologia e 20 schede in S.C. Otorinolaringoiatria; totale schede compilate 80. In Otorinolaringoiatria sono stati valutati meno pazienti perché sono avvenuti meno interventi programmati. La raccolta dati è invece avvenuta nella tempistica prestabilita.

La scheda ha fornito i seguenti tre punteggi: intensità di cura degli interventi chirurgici, condizione di salute/malattia concomitante e grado di autonomia del paziente.

L'intensità rilevata degli 80 interventi chirurgici eseguiti nelle tre strutture complesse, nel periodo esaminato, in post-intervento prima giornata, è stata di media-alta intensità. Gli 80 pazienti chirurgici valutati sono risultati nella maggior parte dei casi con malattia sistemica o moderata.

Il sondaggio emerso dalla scheda Persiceto ha inoltre rivelato che, nel periodo di valutazione, il grado di dipendenza assistenziale in post-intervento è stato basso.

Il livello di complessità assistenziale emerso nel periodo di valutazione di pazienti in ricovero ordinario in prima giornata post-intervento nelle S.C. di Chirurgia Generale e S.C. Urologia è medio-alto mentre in Otorinolaringoiatria è basso.

Nelle aree di intervento la complessità assistenziale è risultata media per il 64%, bassa complessità per il 19% ed alta complessità per il 18%.

La sperimentazione ha dimostrato che il grado di autonomia nel post-intervento prima giornata degli 80 pazienti presi in carico, non è stato influenzato dall'alta-media intensità di cura degli interventi chirurgici stessi ma bensì dalla condizione di salute o malattia concomitante presente che ha influito sulle complicanze. Si è verificato un caso dove una paziente non è stata valutata in quanto trasferita immediatamente dalla sala operatoria alla struttura di Rianimazione.

Il presente elaborato ha consentito di disporre uno strumento di semplice compilazione, veloce e ben strutturato al fine di agevolare il **censimento della complessità chirurgica**.

Lo strumento Persiceto ha consentito di ottenere, anche se sperimentato in una tempistica breve ed in sole tre unità chirurgiche, una classificazione precisa di intensità di cura; in particolare i *punti di forza* sono stati quelli di ottenere una futura adeguatezza delle cure ai **bisogni del paziente** in post-intervento, un approccio multidisciplinare, una gestione ottimale delle competenze ed una uniformità dei processi di cura. I *potenziali limiti metodologici dello studio* sono caratterizzati dai punti di **debolezza della stessa intensità di cura**, ossia da una difficoltà di implementazione futura data da resistenze al cambiamento, da una potenziale perdita del controllo di transito da una unità all'altra e da una richiesta di tempistica ottimale della valutazione del paziente. L'organizzazione per intensità di cura permette di utilizzare

strumenti operativi, come il Persiceto's Score, al fine di ottimizzare di conseguenza l'impiego delle risorse in relazione alla complessità assistenziale; sarà necessario, in caso di implementazione, superare la logica della tradizione dei turni e passare ad un impiego collegato alle attività assistenziali.

Esperienze simili sono reperibili in letteratura. Il Persiceto's Score viene, dal 2008 ad oggi, utilizzato nel percorso pre-ricovero (accettazione del paziente) da referenti Infermieri di processo del Dipartimento Chirurgico del Presidio Ospedaliero di San Giovanni in Persiceto (Azienda USL di Bologna) dove è presente un'aggregazione delle degenze per aree a diversa intensità di cura/complessità assistenziale così definite: area ad alta complessità - area a media complessità - area a bassa complessità e/o chirurgia a 5 giorni.

Nel 2015 è stato sperimentato nel percorso post-intervento in un progetto di validazione di strumenti per complessità assistenziale nel Dipartimento Chirurgico IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Confrontando i risultati con le esperienze citate si evince che lo strumento si è rilevato di **facile utilizzo** e che non sono stati riscontrate difficoltà durante la valutazione del paziente, dimostratasi predittiva rispetto agli esiti di quella soggettiva espressa dagli operatori.

La *riproducibilità dello studio* può avvenire in qualsiasi contesto chirurgico e, valutando il paziente in step precisi, gli errori possibili sono bassi.

La sua applicabilità deve essere attentamente vagliata dal punto di vista organizzativo in quanto richiederebbe una aggregazione di aree specialistiche affini; i contesti organizzativi bolognesi sono diversi rispetto a quelli alessandrini e la finalità dello strumento è la stessa per il risultato ottenuto di classificazione dell'intensità ma diversa per la distribuzione delle risorse umane e tecnologiche.

BIBLIOGRAFIA

1. F. Buli, F. Talarico, A. Supressa et al (2008): *"Riorganizzazione UUOO Chirurgia/Urologia/Senologia/ginecologia per Intensità di cura/Complessità assistenziale infermieristica"*. Dipartimento Chirurgico/Dipartimento Materno Infantile, Stabilimento Ospedaliero di San Giovanni in Persiceto, Azienda USL di Bologna.
2. B. Cavaliere (2009): *"Misurare la complessità assistenziale. Strumenti operativi per le professioni sanitarie"*. Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
3. P. Mazzocato, C. Savage, M. Brommels, H. Aronsson, J. Thor J. (2010): *"Lean Thinking in Healthcare: a realist review of the literature. Quality and Safety in Health Care"*, 19 (5), 376-82.
4. M. Min, P. Rossetto (2009): *"La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi metodologia applicativa"*. Milano, McGraw-Hill.
5. M. Mongardi, E. Bassi, E. Di Ruscio (2015): *"Ospedale per Intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti"*. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Presidi Ospedalieri, Regione Emilia-Romagna.
6. R. Nardi, V. Arienti, C. Nozzoli (2012): *"Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare"*. Italian Journal of Medicine, 6 (1), 1-13.
7. M. Saviano, R. Gelmini (2011): *"Classificazione degli interventi chirurgici per complessità. Raggruppamento sistematico per apparati e distretti corporei"*, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.
8. A. Silvestro, R. Maricchio, A. Montanaro, M. Molinar Min, P. Rossetto (2009): *"La complessità assistenziale - Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa"*. Milano, McGraw-Hill.

WEBGRAFIA

Tutti i siti sono stati visitati il 23 marzo 2021.

Regione Piemonte Sanità <<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita>>

Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo

<<http://www.ospedale.al.it/>>

Ospedale per intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti

<<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/201cospedale-per-intensita-di-cura-strumenti-per-la-classificazione-dei-pazienti201d-febbraio-2015/view>>

Routine preoperative tests for elective surgery

<<https://www.nice.org.uk/guidance/ng45>>, precedentemente Clinical guideline [CG3]

Validazione di uno strumento per la definizione della complessità assistenziale:

l'esperienza dell' IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/giornata-di-studio-ospedale-per-intensita-di-cura-strumenti-per-la-classificazione-dei-pazienti-bologna-25-giugno-2012/011_lombardi_scudeller.pdf>



pubblicazione
revisionata e
approvata
marzo 2021

disponibile online
[www.ospedale.al.it/
working-papers-wp](http://www.ospedale.al.it/working-papers-wp)