



DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)

OBSERVATIONAL STUDY

Clinical monitoring and care complexity of patients in the Department of Emergency and Acceptance (DEA): care and organisational issues.

Erika Trionfetti¹, Giovanni Di Pietro²¹ U.O. Medicina Generale- Immunologia, Allergologia, Emostasi e Trombosi, Policlinico di Milano Ospedale Maggiore Fondazione IRCCS Ca' Granda² Area Formazione, F.a.p.y. Management & Consulting S.r.l.s., Parma

Inside this issue:

- *A tool for measuring care complexity is validated.*
- *This is the first study, chronologically, to deal with care complexity in a first level Department of Emergency and Acceptance.*

ABSTRACT

BACKGROUND: The analysis of care complexity has proved necessary in order to better respond to the needs for patient care and assistance at the level of the emergency department; hence the need to monitor care complexity in the Department of Emergency and Acceptance, as there are no studies or tools that deal with this subject in this context.

AIMS: To map the care complexity of patients admitted to the Department of Emergency and Acceptance at the San Paolo hospital in Milan, verifying the applicability of the tool and methods already used for the study in the emergency department, possibly adapting them to the context under study. To this end, the paper presents a validation of an instrument for detecting the care complexity of patients in this unit, discussing its implications for nursing practice.

METHODS: Prospective, single-centre, convenience-sample observational study with enrolment of all patients aged ≥ 18 years, admitted within the DEA and coming from the emergency department of the San Paolo hospital.

RESULTS: 203 patients were recruited. The proposed instrument showed satisfactory internal consistency (0.71). Statistical analysis also made it possible to see the most compromised needs of the patients examined, according to access diagnosis and comorbidities.

CONCLUSIONS: The proposed tool can therefore be used to monitor the complexity of care in the Department of Emergency and Acceptance with integration by the nurse, of assessments that emerge during contact with the person assisted.

KEYWORDS: *complexity of care, emergency department, acceptance, DEA, emergency room.*

Corresponding author:

Erika Trionfetti: erikatrionfetti@gmail.com
 Policlinico di Milano Ospedale Maggiore
 Fondazione IRCCS Ca' Granda

78



Milano University Press
 Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

Submission received: 15/03/2022

End of Peer Review: 15/06/2022

Accepted: 15/06/2022



STUDIO OSSERVAZIONALE

Monitoraggio clinico e complessità assistenziale dei pazienti nel Dipartimento di Emergenza-Accettazione (DEA): aspetti assistenziali e organizzativi

Erika Trionfetti¹, Giovanni Di Pietro²¹ U.O. Medicina Generale- Immunologia, Allergologia, Emostasi e Trombosi, Policlinico di Milano Ospedale Maggiore Fondazione IRCCS Ca' Granda² Area Formazione, F.a.p.y. Management & Consulting S.r.l.s., Parma

In questo articolo:

- Viene validato uno strumento per la misurazione della complessità assistenziale nel Dipartimento di Accettazione ed Emergenza (DEA).
- E' il primo studio, cronologicamente, ad occuparsi di complessità assistenziale in un DEA di primo livello.

ABSTRACT

BACKGROUND: L'analisi della complessità assistenziale si è rivelata necessaria per rispondere al meglio ai bisogni di cura e di assistenza del paziente a livello del pronto soccorso; da qui nasce l'esigenza di monitorare la complessità assistenziale nel Dipartimento di emergenza-accettazione (DEA), in quanto non esistono studi né strumenti che trattano tale argomento in questo contesto.

OBIETTIVI: Mappare la complessità assistenziale dei pazienti ricoverati in DEA presso l'ospedale San Paolo di Milano, verificando l'applicabilità dello strumento e dei metodi già utilizzati per lo studio in pronto soccorso, eventualmente adattandoli al contesto oggetto di studio. A tale scopo l'elaborato presenta una validazione di uno strumento per la rilevazione della complessità assistenziale dei pazienti in DEA, discutendone le implicazioni per la pratica infermieristica

METODI: Studio osservazionale prospettico, monocentrico su campione di convenienza con arruolamento di tutti i pazienti con età ≥ 18 anni ricoverati all'interno del DEA e provenienti dal pronto soccorso del presidio San Paolo.

RISULTATI: Sono stati reclutati 203 pazienti. Lo strumento proposto ha mostrato una soddisfacente consistenza interna (0.71). L'analisi statistica inoltre ha permesso di vedere i bisogni più compromessi dei pazienti presi in esame in base alla diagnosi di accesso ed alle co-morbilità.

CONCLUSIONI: Lo strumento proposto può essere dunque utilizzato per monitorare la complessità assistenziale in DEA con integrazione da parte dell'infermiere, di valutazioni che emergono durante il contatto con la persona assistita. In Italia risulta essere l'unico studio che si occupa della complessità assistenziale nel DEA di I° livello.

KEYWORDS: *complexity of care, dipartimento di emergenza, accettazione, DEA, emergency room.*

Corresponding author:

Erika Trionfetti: erikatrionfetti@gmail.com
 Policlinico di Milano Ospedale Maggiore
 Fondazione IRCCS Ca' Granda

79



Milano University Press
 Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

Submission received: 15/03/2022

End of Peer Review: 15/06/2022

Accepted: 15/06/2022



DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)

INTRODUZIONE

Il Dipartimento di Emergenza-Accettazione (DEA) rappresenta il luogo dove vengono svolte funzioni di monitoraggio e breve degenza, con interventi diagnostico-terapeutici necessari all'inquadramento del paziente in vista di un successivo trasferimento in un'altra unità operativa o presidio ospedaliero, o di possibile dimissione.

In questo ambito i pazienti presentano quadri clinici estremamente differenti, con necessità di assistenza infermieristica molto variabili a seconda del percorso sanitario di cui hanno bisogno. È pertanto possibile riscontrare la presenza di pazienti con livelli diversi di complessità assistenziale. Quest'ultimo fattore, unito all'andamento clinico del paziente in termini di stabilità e parametri, definisce l'intensità di cure richiesta dal paziente e influenza direttamente l'assistenza infermieristica poiché genera carico di lavoro per l'infermiere.

In un precedente lavoro (1), con l'utilizzo del National Early Warning Score (NEWS) unito ad uno strumento appositamente creato e validato, sono stati rilevati dati incidenti sul carico assistenziale in pazienti che si trovavano "in flusso" e che stavano affrontando l'iter diagnostico-terapeutico in pronto soccorso. Nonostante la rilevazione della complessità assistenziale e dei carichi di lavoro sia un argomento diffusamente trattato in letteratura, non esistono infatti ad oggi altri strumenti dedicati ai pazienti in tale situazione. Lo stesso si può dire delle persone ammesse al DEA, per le quali non vi sono scale né metodi validati creati ad hoc.

Considerate le caratteristiche e la struttura del lavoro condotto al "flusso", si ritiene che esso possa essere replicato con successo, con alcuni adattamenti, nel contesto del DEA. I dati raccolti consentiranno una prima mappatura della complessità assistenziale dei pazienti ed eventuali valutazioni infermieristiche e organizzative, ove appropriate.

SCOPO:

Mappare la complessità assistenziale dei pazienti ricoverati in DEA presso l'Ospedale San Paolo di Milano (ASST Santi Paolo e Carlo), verificando

l'applicabilità dello strumento e dei metodi utilizzati nel un precedente studio in Pronto Soccorso ed eventualmente adattandoli al contesto oggetto di studio.

Validare uno strumento per la rilevazione della complessità assistenziale dei pazienti in DEA, discutendone le implicazioni per la pratica infermieristica clinica

METODI

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico, monocentrico, in due fasi presso il Pronto Soccorso ed al DEA dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, presidio San Paolo (Polo Universitario).

Campione:

È stato arruolato un campione di convenienza di pazienti di età pari o superiore a 18 anni, con qualsiasi codice di triage. I pazienti che accedono al PS con condizioni non urgenti (codice bianco) sono considerati ricoveri inappropriati nei protocolli ospedalieri e hanno lunghi tempi di attesa durante il flusso, perché le persone con problemi gravi richiedono un'assistenza prioritaria. I pazienti con livelli di urgenza bassa e intermedia ricevono rispettivamente i codici verde e giallo; quanto più basso è il loro livello di urgenza, tanto più lunga è la loro permanenza nel "flusso". I pazienti con codici bianchi possono essere ammessi all'area di osservazione intensiva (IOU) se le loro condizioni cliniche cambiano durante il flusso, in quanto alcuni di loro ricevono un codice verde dal medico al termine delle visite mediche. Va ricordato che i codici di triage definiscono l'urgenza, ovvero il tempo massimo che un paziente può attendere prima di essere visto da un medico, mentre i codici colore medici indicano la gravità, che può essere determinata solo dopo opportuni esami e accertamenti medici. I pazienti con condizioni potenzialmente letali (codice rosso) non hanno un reale flusso in PS, a causa della loro instabilità clinica che richiede un intervento immediato in una stanza dedicata, anche se alcuni di loro diventano stabili dopo le cure iniziali in PS e vengono ricoverati l'IOU. Per questo motivo, i

Corresponding author:

Erika Trionfetti: erikatrionfetti@gmail.com
 Policlinico di Milano Ospedale Maggiore
 Fondazione IRCCS Ca' Granda

80
 Milano University Press
 Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

Submission received: 15/03/2022
 End of Peer Review: 15/06/2022
 Accepted: 15/06/2022



DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)

pazienti con codici rossi sono stati studiati solo in IOU, mentre tutti gli altri sono stati studiati sia in PS che in IOU.

Raccolta dati:

La raccolta dei dati è stata inizialmente eseguita nei pazienti durante il "flusso". Poiché in letteratura non esistono strumenti dedicati, si è cercato di utilizzare una scala, l'unico strumento disponibile, chiamato ICA (Indice di Complessità Assistenziale) sviluppato in un campione di reparti medici e chirurgici in Italia.

E' stato eseguito un primo rilievo subito dopo l'assegnazione del codice di triage con lo strumento IDA prescelto con il National Earling Warning Score (NEWS). La rivalutazione della complessità è stata effettuata nei casi in cui sia cambiato il codice colore e/o il punteggio NEWS. Su un campione preliminare di almeno 100 pazienti è stata calcolata la consistenza interna dello strumento ed è stata eseguita l'analisi fattoriale esplorativa, che è stata utilizzata per valutare il reale contributo di tutti gli item al punteggio finale e per capire se lo strumento e i criteri di rilevamento deve essere modificato. Pertanto, inizialmente è stato utilizzato lo strumento IDA in parallelo con il NEWS in 133 pazienti osservati; da ciò si è visto come lo strumento IDA non fosse in grado di mappare realisticamente la complessità assistenziale dei pazienti in flusso. Per questo motivo sono state apportate delle modifiche in base alle condizioni cliniche presentate dal paziente presente nel flusso: sono state modificate le voci per ciascuna categoria di analisi e si è scelto di aggiungere la voce "Comunicazione". Infine, sono stati modificati i punteggi, che erano disposti in ordine decrescente: il punteggio per ciascun parametro va da 1 (basso grado di menomazione del bisogno) a 3 (alto grado di menomazione del bisogno); l'eccezione è il parametro "Percezione sensoriale", dove il punteggio 0 equivale a paziente "vigile" e il punteggio 3 equivale a "paziente che non risponde". Pertanto l'intero strumento possiede un punteggio minimo di 7 e massimo di 24.

Lo strumento modificato, denominato ICA, è composto da 8 parametri: percezione sensoriale, nutrizione e idratazione, eliminazione urinaria e intestinale, igiene, mobilizzazione, procedure

diagnostiche, procedure terapeutiche e comunicazione.

Nello studio svolto in DEA sono stati reclutati tutti i pazienti ricoverati in DEA, provenienti dal Pronto Soccorso, senza limiti di età, nei mesi di settembre e ottobre 2017. È stata effettuata un'analisi di validazione ad interim su un campione preliminare di 121 pazienti, per verificare la necessità di eventuali ulteriori modifiche allo strumento denominato ICA (Assisted Complexity Index), precedentemente utilizzato per la valutazione della complessità assistenziale nei pazienti presenti nel flusso del Pronto Soccorso.

Lo strumento utilizzato in DEA è caratterizzato da 9 parametri, i primi 8 presenti nell'ICA utilizzati nel flusso ed è stata aggiunta la voce "Comunicazione con paziente estraneo" per analizzare il reale grado di complessità assistenziale all'interno del DEA. Durante la raccolta dati è emerso che il punteggio per ogni voce di ciascun parametro non necessitasse di modifiche rispetto allo strumento utilizzato nel flusso; al contrario, si è reso necessario modificare il contenuto di alcune voci presenti nello strumento ICA, in quanto il paziente presente in DEA ha caratteri assistenziali diversi rispetto al paziente presente in pronto soccorso.

I punteggi di ciascun parametro corrispondono a quelli dello strumento ICA utilizzato nel flusso e come tale fa eccezione il parametro "Percezione sensoriale", dove il punteggio 0 equivale a paziente "vigile" ed il punteggio 3 equivale a "paziente non rispondente"; il nuovo parametro "Comunicazione con paziente straniero", dove il punteggio 0 corrisponde alla voce "lingua ben compresa e ben parlata", ed il punteggio 3 corrispondono a "il paziente non parla e non comprende la lingua italiana". Pertanto, l'intero strumento ha un punteggio minimo di 7 e un punteggio massimo di 27.

Con l'utilizzo di tale strumento è stata rilevata la complessità assistenziale a t0 (tempo zero), corrispondente alla prima rilevazione (e che non necessariamente coincide con l'ingresso del paziente in DEA), ed a t1, corrispondente alla richiesta di assistenza da parte di il paziente o cambiamenti nella sua salute.

Corresponding author:

Erika Trionfetti: erikatrionfetti@gmail.com
 Policlinico di Milano Ospedale Maggiore
 Fondazione IRCCS Ca' Granda



Milano University Press
 Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

81

Submission received: 15/03/2022

End of Peer Review: 15/06/2022

Accepted: 15/06/2022

DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



In entrambi gli studi sono stati rispettati i principi della Dichiarazione di Helsinki, la normativa privacy vigente e le indicazioni del Comitato Etico competente. La raccolta dei dati non ha interferito in alcun modo con le pratiche assistenziali della DEA né con il percorso sanitario del paziente. Tutti i partecipanti hanno dato il loro consenso informato; il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, anche in forma orale, senza conseguenze sul percorso sanitario della persona assistita.

RISULTATI

Un totale di 203 pazienti sono stati arruolati nella SSOU (92 femmine e 112 maschi).

Analogamente a quanto avvenuto in Pronto Soccorso, sono state condotte analisi ad interim previo arruolamento di un campione preliminare (n=121). Come è successo con il punteggio IDA, sono state necessarie alcune modifiche. Abbiamo aggiunto un nono dominio ("Comunicazione con i pazienti stranieri") su una scala likert di quattro punti. Questo ambito riveste un'importanza cruciale nel panorama italiano, a causa dei massicci flussi migratori degli ultimi anni. Gli immigrati hanno spesso difficoltà a parlare italiano e talvolta non parlano inglese o altre lingue comunemente studiate nelle università e nelle scuole italiane; inoltre, provengono da paesi culturalmente diversi. Nel complesso, le barriere linguistiche e le differenze culturali rendono talvolta difficile la comunicazione con questi pazienti e richiedono l'aiuto di un mediatore culturale; questo vale anche per il pronto soccorso, ma il ricovero nel reparto di degenza comporta ulteriori informazioni e procedure, che devono essere spiegate e comprese.

Sono stati arruolati un totale di 203 pazienti (92 femmine e 112 maschi). Il loro case mix era paragonabile al pronto soccorso. I pazienti di sesso maschile avevano un'età media di 75 anni, IQR [55,5;83,0], mentre le femmine avevano un'età di 82 [69;87]. La maggior parte dei pazienti era anziana (75% del campione). Secondo gli obiettivi e lo scopo della SSOU, la maggior parte dei pazienti ha avuto codici di priorità bassa o intermedia (rispettivamente

41% e 52%) e solo pochi hanno avuto accesso al pronto soccorso essendo in pericolo di vita (5%) o con patologie cliniche non urgenti (2%). 50 pazienti (24,6%) avevano una comorbidità, 78 (38,4%) ne avevano due, 36 (17,7%) ne avevano tre e 14 (6,9%) ne avevano quattro o più.

Per quanto riguarda la validazione, è stato calcolato il Content Validity Index (l'indice di validità del contenuto).

Per verificare l'adeguatezza dello strumento sono state condotte valutazioni sul campione preliminare di 121 pazienti (arruolati nelle prime quattro settimane di formazione), ovvero il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach (pari a 0,71) ed un'ulteriore analisi fattoriale esplorativa in cui è emersa l'unidimensionalità della scala, con carichi fattoriali superiori al cutoff di Stevens (pari a 0,47).

Nel complesso, i risultati indicano che tutti gli item della scala hanno un peso soddisfacente nel descrivere la variabilità finale dei risultati, data dalle molteplici situazioni cliniche che lo strumento si propone di mappare.

Apparato	Frequenza	Percentuale	Frequenza cumulativa	Percentuale cumulativa
cardiologico-respiratorio	50	33.3	50	33.3
neurologico	30	20	80	53.3
internistico	18	12	98	65.3
gastro-intestinale	25	16.7	123	82
nefrologico	6	4	129	86
ortopedico	14	9.33	143	95.33
massiccio-facciale	2	1.33	145	96.66
ematologico	5	3.34	150	100

Tabella 1 - Diagnosi d'ingresso per apparato

Corresponding author:

Erika Trionfetti: erikatrionfetti@gmail.com
 Policlinico di Milano Ospedale Maggiore
 Fondazione IRCCS Ca' Granda



Milano University Press
 Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)

Apparato	Frequenza	Percentuale	Frequenza cumulativa	Percentuale cumulativa
cardiologico-respiratorio	44	29.70	44	29.70
neurologico	34	23	78	52.7
internistico	22	14.90	100	67.6
gastro-intestinale	21	14.17	121	81.77
nefrologico	5	3.36	126	85.13
ortopedico	16	10.82	142	95.95
massiccio-facciale	2	1.35	144	97.3
ematologico	4	2.70	148	100

Tabella 2 - Comorbilità per apparato

Per valutare la complessità assistenziale dei pazienti è stato sommato il punteggio delle singole voci, ottenendo un totale che poteva variare entro un range compreso tra 8 e 27. A t0 (tempo 0, ossia alla prima rilevazione, non necessariamente corrispondente all'ingresso del paziente) la complessità aveva una mediana di 13.5, IQR [12.0;14.0], corrispondente ad un livello che si potrebbe definire "medio". In particolare, la percezione sensoriale aveva una complessità assistenziale mediana di 0, IQR [0;0], poiché i pazienti erano tutti vigili; alimentazione-idratazione una Me = 2, IQR [1;3], eliminazione urinaria-intestinale una Me = 2, IQR [1;2], igiene una Me = 2, IQR [2;3], mobilitazione una Me = 2, IQR [2;3], procedure diagnostiche una Me = 2, IQR [2;2], procedure terapeutiche una Me = 2, IQR [2;3], comunicazione una Me = 1, IQR [1;2] e comunicazione con paziente straniero una Me = 2, IQR [1;2].

Per quanto riguarda la seconda rilevazione, effettuata in concomitanza con la variazione della compromissione dei bisogni di assistenza infermieristica mostrati dai pazienti, la mediana della complessità assistenziale era pari a 13, IQR [12,5;14,0], ossia sovrapponibile a quella precedente ($p > 0.05$); in particolare, la percezione sensoriale,

poiché i pazienti erano tutti vigili, aveva una mediana di 0, IQR [0;0], alimentazione-idratazione una Me = 2, IQR [1;3], eliminazione urinaria-intestinale una Me = 2, IQR [1;2], igiene una Me = 2, IQR [1;2], mobilitazione una Me = 2, IQR [2;3], procedure diagnostiche una Me = 1, IQR [1;2], procedure terapeutiche una Me = 2, IQR [2;3], comunicazione una Me = 1, IQR [1;2] e comunicazione con paziente straniero una Me = 2, IQR [0.5;2.0].

Il codice colore assegnato al triage non ha generato differenze statisticamente significative tra i livelli di complessità riscontrati ($p = 0.5651$) e questo può essere spiegato dal fatto che l'ammissione al DEA è subordinata a precisi criteri clinico assistenziali che, indipendentemente dalla patologia, accomunano i pazienti; nel dettaglio, i codici colore bianchi avevano una complessità mediana di 15, IQR [15;15], i verdi una complessità Me = 13, IQR [12;14], i gialli una Me = 12, IQR [10;14] e i rossi una complessità Me = 14, IQR [14;14].

Si è invece riscontrata, nella prima rilevazione, una differenza sostanziale della complessità assistenziale tra i maschi e le femmine ($p = 0.0013$) come mostrato in *Figura 1*.

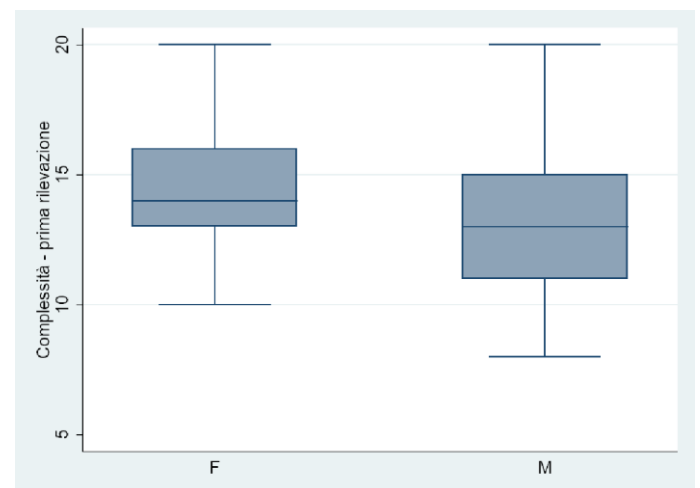


Figura 1 – Complessità assistenziale (prima rilevazione)

Questa differenza può essere spiegata dal fatto che le femmine fossero sostanzialmente più anziane dei maschi ($p = 0.01$ tra i punteggi totali); nello specifico risultano statisticamente più significative le differenze

Corresponding author:

Erika Trionfetti: erikatrifonfetti@gmail.com
 Policlinico di Milano Ospedale Maggiore
 Fondazione IRCCS Ca' Granda



Milano University Press
 Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

83

Submission received: 15/03/2022

End of Peer Review: 15/06/2022

Accepted: 15/06/2022



DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



tra i valori di alimentazione-idratazione, igiene e mobilitazione.

La frequenza delle varie diagnosi d'ammissione e comorbilità è paragonabile tra i due sessi ($p=0.279$).

Sul campione complessivo di 203 pazienti, la scala ha prodotto un valore alfa di Cronbach di 0.71, che non si modifica rimuovendo singolarmente gli item.

L'analisi fattoriale esplorativa è stata condotta senza includere l'item "percezione sensoriale", essendo tutti i pazienti vigili.

Il test di sfericità di Bartlett è stato superato ($p=0.01$); il valore di Kaiser-Meyer-Olkin è risultato pari a 0.93, questi due dati indicano l'adeguatezza dei dati alla conduzione dell'analisi fattoriale.

Sono stati ritenuti due fattori, il secondo dei quali ha carichi negativi e non viene pertanto considerato, anche perché nel primo fattore (quello legato al più alto autovalore della matrice di correlazione) gli item della scala hanno carichi fattoriali tutti superiori al cutoff di Stevens (pari in questo caso a 0.36). Nel dettaglio i singoli item avevano i seguenti carichi fattoriali: la percezione sensoriale aveva varianza zero, con carico fattoriale non calcolabile, alimentazione-idratazione carico fattoriale di 0.65, eliminazione urinaria-intestinale 0.52, igiene 0.87, mobilitazione 0.77, procedure diagnostiche 0.66, procedure terapeutiche 0.40, comunicazione 0.53 e comunicazione con paziente straniero 0.67.

I risultati dell'analisi condotta su questi dati mostrano che tutti gli item, concepiscono efficacemente a descrivere i singoli aspetti della complessità assistenziale.

DISCUSSIONI

I pazienti che si trovano "in flusso", che hanno ricevuto il codice triage, ed i pazienti che vengono ricoverati in DEA, non vengono valutati dal punto di vista della complessità assistenziale. (8) In questi ambiti i pazienti presentano quadri clinici variegati e con una precaria, e a volte assente, stabilità clinica, in grado di influenzare i livelli di intensità di

cura e le attività di assistenza infermieristica. (5)(9) Per tale motivo, vista la mancanza di studi sia a livello nazionale che internazionale, si è ritenuto opportuno attuare un attento monitoraggio della complessità assistenziale, sia al Pronto soccorso che al DEA, con l'utilizzo di due strumenti creati e modificati "ad hoc" per tali contesti. (10)

I limiti riscontrabili in tale studio possono riguardare il campione, di tipo randomizzato, e la fascia temporale in cui si sono svolte entrambe le rilevazioni. Infatti, le rilevazioni eseguite in DEA (settembre-ottobre 2017) e Pronto Soccorso (settembre-novembre 2016), potrebbero risentire del periodo annuo in cui sono state svolte, andando a raggruppare una determinata tipologia di pazienti. Per tale motivo si ritiene utile affermare che la casistica dei pazienti presenti in DEA è uguale a quella dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso, e che al momento, questo studio rappresenta il primo dato completo a livello internazionale e nel contesto italiano riguardante la rilevazione della complessità assistenziale in questi contesti di emergenza e osservazione.

Pertanto, attraverso l'utilizzo degli strumenti proposti, è possibile effettuare, in futuro, rilevazioni periodiche durante l'intero anno, in modo tale da permettere una più completa ed idonea gestione e organizzazione del personale infermieristico, che deve essere adeguato in base al numero dei pazienti e alla complessità assistenziale.

Rappresentativa della popolazione generale italiana è l'età mediana dei soggetti che fanno accesso al Pronto Soccorso ($Me=69$ [54;81]) e al DEA ($Me=69$ [69;87]) (11); tale dato infatti, indica che una grande porzione della popolazione italiana si colloca nella fascia di anzianità e che i soggetti che fanno accesso al Pronto Soccorso e successivamente in DEA, aumentano il grado di assistenza infermieristica e di complessità assistenziale, dato dalla tipologia di bisogni compromessi e dalle comorbilità presenti nei pazienti. (12)

Per quanto riguarda i codici di priorità che hanno avuto accesso al DEA, il 52% dei pazienti presentava codice giallo e il 41% codice verde; nel complesso tale risultato ribadisce che il paziente presente in DEA,

Corresponding author:

Erika Trionfetti: erikatrionfetti@gmail.com
 Policlinico di Milano Ospedale Maggiore
 Fondazione IRCCS Ca' Granda



Milano University Press
 Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

84

Submission received: 15/03/2022

End of Peer Review: 15/06/2022

Accepted: 15/06/2022



DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



necessita di un attento monitoraggio, e che raramente effettuano l'accesso i pazienti con codici bianchi e rossi. (5), (9) Inoltre la presenza predominante di codici gialli e verdi, risente del periodo di "picco" in cui è stata effettuata la rilevazione, data dall'accesso in Pronto Soccorso e in DEA di pazienti con simili diagnosi (es. compromissione della funzionalità respiratoria).

Sia in pronto soccorso che in DEA ha avuto particolare importanza il ruolo della comunicazione, che risulta fondamentale durante tutta l'assistenza infermieristica e che agisce in particolar modo sulla quantità e sulla qualità di quest'ultima. (13) In particolare, all'interno del DEA, abbiamo ritenuto opportuno andare a monitorare la comunicazione anche con il paziente straniero, visto, sia il numero elevato di soggetti stranieri residenti in Italia che accedevano in Pronto Soccorso, sia il basso grado di conoscenza della lingua italiana o l'assenza di mediatori linguistici (amici e/o parenti). (14) Inoltre, il problema della comunicazione abbraccia anche il livello di cultura, nonché le abitudini e conoscenze del paziente straniero, che portano ad un'assistenza da parte dell'infermiere che educa e risponde ai suoi bisogni di cura. (15)(16)

CONCLUSIONI

In conclusione possiamo dire che gli strumenti proposti in tale studio si presentano facili e veloci nella compilazione da parte dell'infermiere e permettono un completo monitoraggio della complessità assistenziale in entrambi i contesti, producendo un risultato di tipo oggettivo.

Inoltre in ulteriori studi, sarebbe utile andare ad eseguire rilevazioni periodiche annue (2-3 volte/anno), in modo tale da avere una mappatura della complessità assistenziale in Pronto Soccorso e DEA.

BIBLIOGRAFIA:

1. Marmo G, Molinar Min M, Montanaro A, Rossetto P. Complessità assistenziale: un metodo per orientarsi. Santarcangelo di Romagna (Rimini) : Maggioli Editore; 2016.
2. Cavaliere B. Misurare la complessità assistenziale: strumenti operativi per le professioni sanitarie. Santarcangelo di Romagna (Rimini): Maggioli, 2009.
3. Moiset C, Vanzetta M, Vallicella F. Misurare l'assistenza- Un modello di sistema informativo della performance infermieristica. Milano: McGraw.Hill; 2003.
4. Gruppo Formazione Triage. Triage infermieristico. Milano, McGraw-Hill, 2010.
5. Benci L. Aspetti normativi e responsabilità nel triage. In GFT Triage infermieristico. 3a ed. Milano: MCGraw-Hill. 2010.
6. Zagra M. L'infermiere di Triage e la gestione dell'attesa: le insidie medico-legali. Italian Journal of Emergency Medicine. marzo 2016.
7. Ministero della Sanità. Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del 17 maggio19 "Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. 1992.
8. Pennini A. Modelli Organizzativi in Ambito ospedaliero. McGraw-Hill 2015.
9. Marchetti R, Romigi G, Stievano A. Lavorare in area critica: l'assistenza in ospedale e sul territorio. Roma: Carocci Faber; 2005.
10. Mangiacavalli B. Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica. XVI congresso Federazione Nazionale e Collegi Ipasvi Bologna 2012.
11. 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Struttura demografica della popolazione, dati definitivi. Sistema Statistico

Corresponding author:

Erika Trionfetti: erikatrionfetti@gmail.com
 Policlinico di Milano Ospedale Maggiore
 Fondazione IRCCS Ca' Granda

85



Milano University Press

Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

Submission received: 15/03/2022

End of Peer Review: 15/06/2022

Accepted: 15/06/2022



DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



- Nazionale Istituto Nazionale di Statistica 2011. Consultato su www.istat.it il 5/09/2017.
12. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity. *J Gen Intern Med.* dicembre 2007;22 Suppl 3:382–90.
 13. Sommaruga M. *Comunicare con il paziente: la consapevolezza della relazione nella professione infermieristica.* Roma: Carocci Faber, 2012.
 14. Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. “Partnership: An Analysis of the Concept within the Nurse-Client Relationship.” *Journal of Advanced Nursing* 40, no. 2 (October 2002): 149–57.
 15. Tsveti M, Broome, B. “Effective Communication and Delivery of Culturally Competent Health Care.” *Urologic Nursing* 27, no. 3 (June 2007): 239–42.
 16. Li Hui T, Hegney D, Ang, E. “Factors Affecting Effective Communication between Registered Nurses and Adult Cancer Patients in an Inpatient Setting: A Systematic Review.” *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 9, no. 2 (June 2011): 151–64.
 17. Cavallo D, Re LG, Lusignani M. *Caratteristiche Ed Efficacia Della Relazione Terapeutica Tra Infermiere E Utente: Una Revisione Della Letteratura.* *L'Infermiere*, 57(4), e99-e109. Vol. 57, 2013.



Corresponding author:

Erika Trionfetti: erikatrionfetti@gmail.com
 Policlinico di Milano Ospedale Maggiore
 Fondazione IRCCS Ca' Granda

86



Milano University Press
 Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

Submission received: 15/03/2022
 End of Peer Review: 15/06/2022
 Accepted: 15/06/2022

