



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina Molecolare
Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Presidente CCL-Prof. Renzo Zanotti

TESI di LAUREA
Impegno assistenziale in pazienti COVID_19 medio-intensivi: Studio caso-controllo

Relatore:
Prof. Renzo Zanotti

Laureando:
LOT CHIARA
Matricola n.1181656

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

ABSTRACT _____ pag.1

INTRODUZIONE _____ pag.1

CAPITOLO I. ASPETTO DI INTERESSE

1.1 Breve descrizione del fenomeno _____ pag.5

1.2 Identificazione di cosa è conosciuto/è stato indagato _____ pag.5

1.3 Problema, questi e obiettivi _____ pag.6

1.4 Rilevanza del problema e degli obiettivi _____ pag.7

CAPITOLO II. LETTERATURA

2.1 Sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 _____ pag.8

2.2 Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) _____ pag.10

2.3 Bisogni assistenziali Pazienti Covid_19: pubblicazioni presenti in letteratura _____ pag.10

2.4 Il ruolo delle patologie croniche pregresse nella prognosi dei pazienti COVID-19 _____ pag.16

2.5 Bisogni assistenziali infermieristici _____ pag.17

2.6 Scale di valutazione dei Bisogni Assistenziali _____ pag.19

2.7 Scala ASGO (Accertamento Generale Soggetto Ospedalizzato) _____ pag.21

2.7.1 Indice di funzionalità (ASGO 1) _____ pag.21

2.7.2 Indice di Competenza (ASGO 2) _____ pag.23

2.7.3 Variabili connotative del soggetto _____ pag.24

2.7.4 Indice di impegno assistenziale _____ pag.24

CAPITOLO III. METODOLOGIA

3.1 Disegno dell'indagine _____ pag.26

3.2 Setting di ricerca e campionamento _____ pag.26

3.3 Strumenti e attività di raccolta dati _____ pag.27

CAPITOLO IV RISULTATI _____ pag.28

DISCUSSIONE _____ pag.34

CONCLUSIONI _____ pag.41

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI:

1 ACCERTAMENTO DELLO STATO GENERALE (A.S.G.O.)

2 ALLEGATO RISULTATI SCALA ASGO PAZIENTI COVID_19 POSITIVI

3 ALLEGATO RISULTATI SCALA ASGO PAZIENTI NON COVID_19 POSITIVI

ABSTRACT

PROBLEMA

La pandemia COVID_19 che si è sviluppata a partire dal gennaio 2020 ha modificato gli equilibri sanitari creando un nuovo cluster di pazienti con bisogni non definiti. La letteratura si è concentrata principalmente sull'identificazione biologica e molecolare del virus, la sintomatologia, l'evoluzione della malattia, la prognosi, la terapia farmacologica, ma poco o nulla è stato indagato sull'approccio infermieristico.

SCOPO

L'elaborato vuole indagare l'impatto che il Virus ha avuto sull'impegno assistenziale infermieristico confrontandolo poi con l'impegno assistenziale dovuto a pazienti NON Covid_19 positivi.

DISEGNO DELLO STUDIO

Caso controllo retrospettivo condotto nell'Ulss 2 marca Trevigiana ospedale di Treviso

METODOLOGIA

Valutazione della documentazione clinica dei pazienti in particolare lettera di ingresso o lettera di trasferimento da altra UO e della lettera di dimissione. Tramite la documentazione ciascun paziente afferente alle UO considerate è stato valutato in ingresso e uscita con la scala ASGO v2.3 e il Barthel index

CAMPIONE

Sono stati inclusi nello studio 117 soggetti COVID-19 con tampone positivo provenienti da Pronto Soccorso, da RSA, da altre UO, da altri Ospedali, da altre Ulss, ricoverati nella UO sub-intensiva di Malattie infettive 2 e 117 soggetti non COVID-19 ricoverati presso le UO di Medicina 1 con diagnosi di ingresso o sintomatologia paragonabili. Ricoverati per più di 2 giorni dal 18 marzo 2020 al 5 giugno 2020

RISULTATI

I 3 indici della scala ASGO v2.3 all'interno dei due gruppi di pazienti presentano tutti una differenza statisticamente significativa tra l'inizio e la fine del ricovero, ma confrontando tra loro i due gruppi solo nell'Indice di Funzionalità è presente una differenza tra il gruppo COVID_19 positivo rispetto al gruppo non COVID_19. Negli Indici di Competenza e Impegno assistenziale non c'è differenza tra i due gruppi in esame. Valutando l'indice di Barthel il gruppo Covid_19 presenta una differenza significativa rispetto al gruppo non COVID_19

CONCLUSIONE

Entrambi i gruppi presentano miglioramenti statisticamente significativi negli indici di Funzionalità, Competenza e Impegno. La comparazione conferma che non esiste una differenza statisticamente significativa tra l'Impegno assistenziale dei pazienti Covid-19 positivi- in fase post acuta- e altri pazienti comparabili per anagrafe e stato di salute. Tuttavia L'Indice di Funzionalità e l'Indice di Barthel assegnano per il gruppo Covid_19 positivo un indice maggiore all'ingresso e anche un maggior miglioramento all'uscita rispetto al gruppo non Covid_19

ABSTRACT

PROBLEM

The COVID_19 pandemic that developed starting in January 2020 has changed the health balance by creating a new cluster of patients with undefined needs. The literature has mainly focused on the biological and molecular identification of the virus, the symptoms, the evolution of the disease, the prognosis, the pharmacological therapy, but scant or nothing has been investigated on the nursing approach.

SCOPE

The essay aims to investigate the impact that the Virus has had on nursing care commitment, then comparing it with the care commitment due to NON-Covid_19 positive patients.

STUDY DESIGN

Retrospective case control conducted in the Ulss 2 Marca Trevigiana hospital in Treviso

METHODOLOGY

Evaluation of the patients' clinical documentation, in particular the admission letter or transfer letter from another unit and the discharge letter. Through the documentation, each patient belonging to the units considered was assessed at entry and exit with the ASGO v2.3 scale and the Barthel index

SAMPLE

117 COVID-19 subjects with positive swabs from the emergency room, nursing homes, other units, other hospitals, other local health units, hospitalized in the Sub-intensive infectious diseases Unit 2 and 117 non-COVID-19 subjects were included in the study. admitted to the Medicine 1 unit with comparable admission diagnosis or symptoms. Hospitalized for more than 2 days from 18 March 2020 to 5 June 2020

RESULTS

The 3 indices of the ASGO v2.3 scale within the two groups of patients all present a statistically significant difference between the beginning and the end of hospitalization, but comparing the two groups together only in the Functional Index is there a difference between the COVID_19 positive group compared to the non-COVID_19 group. In the Indexes of Competence and Care Commitment there is no difference between the two groups under examination. Evaluating the Barthel index, the Covid_19 group presents a significant difference compared to the non-COVID_19 group

CONCLUSION

Both groups present statistically significant improvements in the Functionality, Competence and Commitment indices. The comparison confirms that there is no statistically significant difference between the care commitment of positive Covid-19 patients - in the post-acute phase - and other patients comparable in terms of registry and health status. However, the Functionality Index and the Barthel Index assign a higher index at entry for the positive Covid_19 group and also a greater improvement at exit compared to the non-Covid_19 group.

INTRODUZIONE

Il 30 gennaio del 2020 la malattia da nuovo coronavirus, definita “COVID-19”, è stata dichiarata emergenza di sanità pubblica globale di rilevanza internazionale dall’OMS. (Direttore Generale Organizzazione Mondiale della Sanità 2020)

La pandemia ha colpito tutti indipendentemente da età, sesso e condizione di salute creando un nuovo cluster di pazienti con bisogni non definiti.

Valutare lo stato funzionale e determinare le attività infermieristiche appropriate sono i primi passi nel processo di assistenza infermieristica.

L’originalità e l’esclusività dell’approccio infermieristico alla persona è la considerazione che ogni bisogno, anche quello apparentemente più banale e più umile, riflette la totalità della persona. Attraverso la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica del paziente l’infermiere si pone come scopo ultimo quello di aiutarlo a ritrovare la salute intesa come equilibrio di tutte le componenti dell’uomo bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale (Griswold 1997)¹.

L’oggetto di studio dell’infermieristica è la persona in una particolare condizione di bisogno, essa è allo stesso tempo oggetto di cure ma anche soggetto della propria salute.

In tal modo la persona si afferma quale protagonista centrale ed insostituibile della relazione assistenziale mentre l’infermiere diviene, tra le varie figure professionali che compongono la relazione assistenziale in senso lato, la figura privilegiata per favorire nell’altro la ricerca della sua salute.

Egli è l’esperto dei bisogni più quotidiani e più intimamente “personali” dell’uomo quali il mangiare e il bere, il dormire e il riposarsi, il lavarsi e il vestirsi, l’evacuare e il mingere, il muoversi ed il dialogare (Griswold 1997)², ecc.

Lo scopo dell’assistenza infermieristica non è solamente la guarigione della patologia, la riabilitazione o la sua eventuale prevenzione e non è neppure la sola riappropriazione dell’autonomia di alcune funzioni basilari del malato. Il suo scopo è la soddisfazione dei “bisogni di assistenza infermieristica”, bisogni primari e fondamentali che non sono mai solo

¹Griswold (1997) Sociologia della cultura. Il Mulino, le vie della civiltà

² Griswold (1997) Sociologia della cultura. Il Mulino, le vie della civiltà

bisogni bio-fisiologici, ma si ricoprono di significati personali che vanno opportunamente interpretati. (Manara 2000) ³

In questo elaborato la valutazione del potenziale di salute di un paziente in relazione al suo stato di salute attuale può essere ottenuta con la Valutazione Generale del Paziente Ricoverato (ASGO)⁴, uno strumento di valutazione completo e di facile utilizzo per valutare le capacità del paziente, che possono essere gestite con cure di supporto o responsabilizzando il paziente. La sua applicazione ha il potenziale per fornire un profilo ponderato del paziente per selezionare l'utilizzo delle risorse e il tipo di piano di cura.

L'ASGO viene relazionata al Barthel Index, che è considerato il gold standard per misurare la dipendenza funzionale del paziente.

L'obiettivo dello studio è produrre informazioni specifiche sul paziente COVID-19 in rapporto all'impegno assistenziale in una UO sub-intensiva comparando poi i risultati con pazienti ospedalizzati per altre cause e non positivi al coronavirus ma comparabili per livello di acuzia.

L'identificazione del profilo di bisogno caratteristico di questa tipologia di paziente- se presente- permetterà di meglio definire le caratteristiche dell'offerta appropriata di assistenza.

³ Manara (2000) Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica. Lauri editore. Milano

⁴ Zanotti R. (2017). Accertamento stato generale soggetto ospedalizzato "ASGO" valutazione della capacità e competenza in autocura. Padova

CAPITOLO I. ASPETTO DI INTERESSE

1.1 Breve descrizione del fenomeno

Il Corona Virus Diseases, sigla COVID-19, è una malattia respiratoria causata dal virus SARS CoV-2. A livello internazionale il 30 gennaio del 2020, ai sensi del Regolamento Sanitario Internazionale 2005, la malattia da nuovo coronavirus, definita come COVID-19, è stata dichiarata emergenza di sanità pubblica globale di rilevanza internazionale dall'OMS⁵.

Il 31 gennaio 2020 è stata dichiarata l'emergenza sanitaria in Italia.

A seguito del primo caso autoctono in Italia del 20 febbraio 2020, il Ministero della Salute, la protezione Civile e la Presidenza del Consiglio dei Ministri hanno emanato circolari e ordinanze per la gestione dell'epidemia, incluse le misure di prevenzione da adottare. Il 27 febbraio 2020 è stata istituita la sorveglianza integrata dei casi confermati di COVID-19⁶.

Dall'inizio dell'epidemia al 9 giugno 2020, sono stati riportati al sistema di sorveglianza 235.827 casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionale come positivi per SARS-CoV-2. Sono stati notificati 32.825 decessi⁷.

La diffusione del Covid-19 ha cambiato la nostra società e ha travolto l'economia di tutto il mondo oltre le aspettative. Sono risultate evidenti le criticità nella risposta ad una pandemia da parte delle istituzioni, completamente impreparate a reagire prontamente a eventi di questa natura.

1.2 Identificazione di cosa è conosciuto/è stato indagato

In seguito alla comparsa del COVID_19 in Cina è stato indagato a livello nazionale ogni aspetto che riguardasse l'identificazione biologica e molecolare del virus, la sintomatologia, l'evoluzione della malattia, la prognosi, la terapia farmacologica, la modalità trasmissione, i dispositivi di protezione individuale, l'eliminazione dalle superfici. Le conoscenze vengono tuttora aggiornate giornalmente poiché il COVID_19 si è dimostrato un virus ad alta mutagenicità⁸

⁵ Dichiarazioni Direttore Generale Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS-Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019- nCoV) 30 January 2020 |Statement |Geneva, Switzerland

⁶ Istituto Superiore di Sanità

⁷ Istituto Superiore di Sanità

⁸ Zhan M. Death from Covid-19 of 23 health care workers in China. *N Engl J Med.* 2020;382(23):2267–2268. doi: 10.1056/NEJMc2005696.

1.3 Problema, quesiti e obiettivi

Dall'inizio della pandemia gli studi pubblicati sono principalmente incentrati sull'analisi bio-chimica del virus, sulla trasmissibilità, sull'efficacia del trattamento.

Sono stati pubblicati alcuni studi epidemiologici di autori cinesi incentrati sulle problematiche che il virus ha prodotto sulla popolazione e sugli operatori sanitari⁹.

Poco o nulla è stato pubblicato sull'impegno assistenziale e sulle problematiche principali e secondarie dei pazienti con COVID-19 ricoverati in una struttura ospedaliera.

Nessuno studio ha indagato l'impatto che il Virus ha avuto sull'impegno assistenziale infermieristico né lo ha messo a confronto con l'impegno assistenziale dovuto a pazienti NON Covid_19 positivi.

Questo studio propone la misura e la classificazione del bisogno e dell'impegno assistenziale per soggetti ospedalizzati in unità sub-intensive comparato a pazienti ospedalizzati per altre cause e non positivi al coronavirus.

Lo studio si propone di rispondere alle seguenti domande:

- Quale livello di impegno assistenziale caratterizza il paziente COVID-19 in sub-intensiva?
- Quanto e in cosa si caratterizza il bisogno e l'impegno assistenziale per pazienti COVID-19 positivi in sub-intensiva rispetto a pazienti non-COVID comparabili?

Obiettivo dello studio è produrre informazioni specifiche sul paziente COVID-19 in rapporto all'impegno assistenziale in una UO sub-intensiva.

Inoltre, lo studio permetterà di identificare le problematiche che questa tipologia di pazienti sviluppa durante il ricovero ospedaliero.

Le ipotesi che lo studio assume sono le seguenti:

H0: Nessun elemento differenzia in maniera significativa la casistica COVID non intensiva rispetto a casistiche comparabili per anagrafe e stato di salute

H1: I pazienti COVID_19 presentano un maggiore impegno assistenziale di altri pazienti comparabili per anagrafe e stato di salute.

⁹ Huang, L., Xu, F. ming, & Liu, H. rong. (2020). Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. medRxiv, 2020.03.05.20031898. <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031898>

1.4 Rilevanza del problema e degli obiettivi

La letteratura e la ricerca si sono focalizzate sull'analisi e la comprensione della malattia che continua a diffondersi e mutare in varianti che si differenziano per virulenza e sintomatologia, e non le problematiche che portano e si sviluppano durante un ricovero ospedaliero. I Bollettini Italiani di Sorveglianza integrata Covid_19 dell'inizio della pandemia al 9 giugno 2020 informano che la percentuale di malati Covid-19 positivi che hanno sintomi di una gravità tale da richiedere l'ospedalizzazione vanno dal 18% dall'inizio della pandemia al 16%, invece quelli che presentano un quadro clinico tale da richiedere il ricovero in Terapia Intensiva variano dal 2.9% al 2.1%¹⁰.

¹⁰ Bollettino sorveglianza integrata COVID_19 9 giugno 2020 ore 18.00. Ministero della Salute

CAPITOLO II. LETTERATURA

2.1 Sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2

La sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) è il nome dato al nuovo coronavirus del 2019. COVID-19 è il nome dato alla malattia associata al virus. SARS-CoV-2 è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente identificato nell'uomo.

I coronavirus sono virus con un RNA unifilamentoso positivo.

Il sequenziamento completo del genoma e l'analisi filogenica hanno indicato che il coronavirus che causa il COVID-19 è un Betacoronavirus dello stesso sottogenere del virus della sindrome respiratoria acuta grave (SARS), ma in un clade diverso.¹¹

I coronavirus sono una classe di virus molto predisposti alle mutazioni che possono portare all'acquisizione da parte dei virus di capacità potenziate, diventando più aggressivi e capaci di entrare con più facilità all'interno delle cellule dell'organismo ospite.

Il SARS-CoV-2, comunque, muta molto più lentamente rispetto a virus della stessa famiglia: il numero di mutazioni accumulate per mese è 2 contro quelle del virus dell'influenza che invece è il doppio.

Dall'inizio della pandemia ad oggi sono ben 140.000 i genomi sequenziati, e già 12.000 le mutazioni riscontrate negli spike. Un virus che presenta una o più mutazioni nuove viene definito "variante" del virus originale.¹²

Per essere classificata come rischiosa o VOC (Variant Of Concern), una variante deve soddisfare i seguenti requisiti: provocare un aumento della trasmissibilità;

- provocare variazioni negli indicatori epidemiologici;
- provocare un aumento della virulenza;
- provocare cambiamenti nella presentazione clinica della malattia;
- rappresentare un rischio per l'immunità derivante dall'infezione naturale;
- provocare una diminuzione dell'efficacia delle misure di contenimento sanitarie o cliniche,

¹¹<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive>

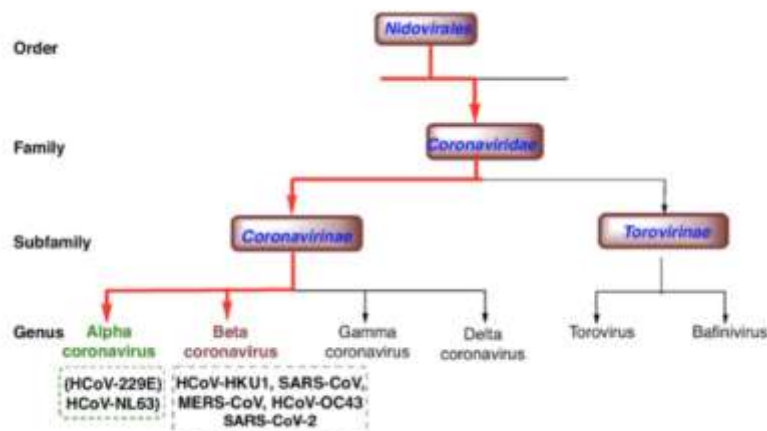
¹² Meral Yüce, Elif Filiztekin , Korin Gasia Özkaya (2021) COVID-19 diagnosis -A review of current methods. Biosens Bioelectron

come ad esempio la vaccinazione

Ad oggi le varianti definite preoccupanti “Variants of concern” (Voc) dall’OMS, riassunte nell’immagine 1, sono:

- Variante Omicron (Variante B.1.1.529) rilevata per la prima volta in Sud Africa il 24 novembre 2021. Attualmente predominante in Italia ed Europa.
- Variante Delta (Variante VUI-21APR-01, nota anche come B.1.617) rilevata per la prima volta in India.
- Variante Gamma (Variante P.1) con origine in Brasile.
- Variante Beta (Variante 501Y.V2, nota anche come B.1.351) identificata in Sud Africa.
- Variante Alfa (Variante VOC 202012/01, nota anche come B.1.1.7) identificata per la prima volta nel Regno Unito.

Immagine 1: Variants of Concern Currently as of 15 March 2023 (WHO)¹³



Definizione di caso

Secondo quanto riportato nella Circolare ministeriale 0007922-09/03/2020, la definizione di caso COVID_19 si basa sulle informazioni attualmente disponibili, perciò potrebbe essere rivista in base all’evoluzione della situazione epidemiologica e delle conoscenze scientifiche disponibili¹⁴.

¹³ <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

¹⁴ <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>

2.2 Regolamento Sanitario Internazionale (RSI)

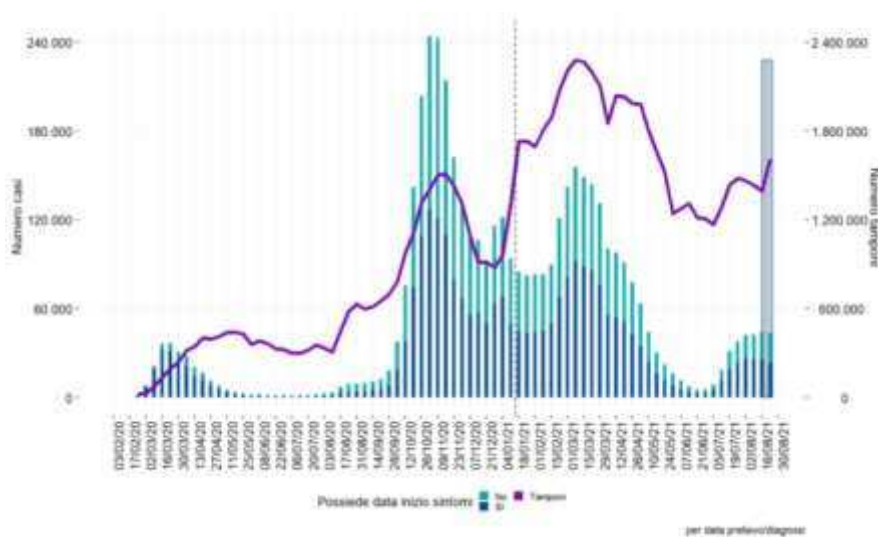
Il nuovo coronavirus è stato dichiarato dallo OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale in base al Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) del 2005 ¹⁵.

Il Regolamento Sanitario Internazionale contiene nel suo ambito degli strumenti per la valutazione del rischio di una potenziale emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale la cosiddetta Public Health Emergency of International Concern (PHEIC).

Immagine 2:

Andamento dei casi Covid-19 positivi in Italia

Bollettino sorveglianza integrata COVID-19, 1° settembre 2021, Epicentro



2.3 Bisogni assistenziali Pazienti Covid_19: pubblicazioni presenti in letteratura

Le pubblicazioni presenti in letteratura inerenti ai bisogni assistenziali infermieristici dei pazienti Covid_19 positivi sono state indagate tramite Pubmed fino a giugno 2024 con le seguenti stringhe di ricerca:

COVID[Title/Abstract] AND nursing needs[Title/Abstract] e

¹⁵ World Health Organization. *International Health Regulations (2005). Third edition., 2016. (ISBN 978 92 4 158049 6)* <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>

(Covid[Title]) AND (care needs[Title/Abstract])

Con la prima stringa sono emerse 5 pubblicazioni, di cui solo uno studio qualitativo incentrato sui bisogni del paziente (Yifei Li, Juan Li 2021)¹⁶. Questo studio ha rilevato differenze basate sul genere per quanto riguarda i fattori che influenzano l'ansia e la depressione nei pazienti isolati con COVID-19 in ospedale. I pazienti maschi hanno riportato una maggiore tendenza generale di ansia verso i sintomi. Le pazienti di sesso femminile hanno riferito maggiori bisogni infermieristici psicologici complessivi rispetto ai maschi. L'assistenza infermieristica mirata dovrebbe essere mirata ad affrontare specifiche caratteristiche psicologiche.

Le altre pubblicazioni comprendono:

- 1 studio qualitativo sulla rilevanza delle consegne infermieristiche date a letto del paziente
- 1 studio qualitativo sulla gestione infermieristica degli anticorpi monoclonari
- 1 studio qualitativo sulle problematiche del personale infermieristico: stress, carenza personale, turnover
- 1 studio Americano relativo al pagamento delle strutture infermieristiche specializzate

Le seconda stringa di ricerca ha fatto emerge 371 articoli pubblicati in Free Full Text esposti nella seguente Tabella:

Tabella 1: Classificazione secondo argomento
della letteratura presente su Pubmed a Giugno 2024

NUMERO ARTICOLI	ARGOMENTO	ARTICOLI RILEVANTI
8 articoli	Descrizione della sintomatologia e/o fenomeno	
80 articoli	Riorganizzazione e/o gestione della pandemia in ospedale o nel territorio, tra i quali: 2 articoli sulle prigioni 5 articoli sui migranti	

¹⁶ Yifei Li, Juan Li, Zhen Yang, Jie Zhang, Lili Dong, Fusheng Wang, Jingping Zhang (2021) Gender Differences in Anxiety, Depression, and Nursing Needs Among Isolated Coronavirus Disease 2019 Patients. Front Psychol

	20 telemedicina 15 assistenti sanitari/MMG 5 CDR o RSA 5 Triage Pronto Soccorso	
27 articoli	Complicanze del ricovero e Conseguenze post dimissione	<p>Il 38,8% ha manifestato una complicanza, le più comuni sono state il danno renale acuto (17,9%) e l'iperglicemia (13,1%). La comorbilità più comune era l'ipertensione (41,3%) seguita dal diabete (28,6%), dall'HIV (12,1%), dalle malattie cardiovascolari (10,9%) e dalla malattia renale cronica (7,8%). La mortalità è più elevata nei pazienti con comorbilità rispetto a quelli senza alcuna comorbilità (38,7% vs 25,5%)(Arun Fryatt 2024)¹⁷</p> <p>La fragilità pre-ricovero è fortemente associata alla necessità di un maggiore livello di assistenza alla dimissione. (A Vilches-Moraga 2020)¹⁸</p> <p>Pazienti precedentemente autosufficienti sopravvissuti alla malattia non sono stati in grado di tornare nel proprio ambiente domestico dopo la dimissione dall'ospedale. (Matthias L Herrmann 2021)¹⁹</p> <p>“Il rischio di maggiori esigenze di assistenza è aumentato anche nei sopravvissuti a COVID-19 con fragilità o età avanzata.”(Geriatric medicine 2021)²⁰</p> <p>“Avere una malattia grave al momento del ricovero, avere un'età \geq 60 anni sono i</p>

¹⁷ Arun Fryatt, Trevor Chivandire, Victoria Simms, Perseverance Chikide, Trymore Munorwa, Ellane Simo, Lovemore Nyasha Sigwadhi, Katharina Kranzer, Tsitsi M Magure, Aspect Maunganidze, Leolin Katsidzira, Rashida A Ferrand. (2024) Clinical characteristics and outcomes of patients admitted with COVID-19 at a public-sector hospital over the first two waves of SARS-CoV-2 infection in Harare, Zimbabwe: A prospective cohort study. PLOS Glob Public Health

¹⁸ A Vilches-Moraga, A Price, P Braude, L Pearce, R Short, A Verduri, M Stechman, J T Collin, E Mitchell, A G Einarsson, S J Moug , T J Quinn, B Stubbs, K McCarthy, P K Myint, J Hewitt, B Carter; COPE Study (2020) Increased care at discharge from COVID-19: The association between pre-admission frailty and increased care needs after hospital discharge; a multicentre European observational cohort study. BMC Med

¹⁹ Matthias L Herrmann, Johannes-Martin Hahn, Birgit Walter-Frank, Desiree M Bollinger, Kristina Schmauder, Günter Schnauder, Michael Bitzer, Nisar P Malek, Gerhard W Eschweiler, Siri Göpel (2021) COVID-19 in persons aged 70+ in an early affected German district: Risk factors, mortality and post-COVID care needs-A retrospective observational study of hospitalized and non-hospitalized patients, PLoS One

²⁰ Geriatric Medicine Research Collaborative; Covid Collaborative; Carly Welch (2021) Multicenter Study age and frailty are independently associated with increased COVID-19 mortality and increased care needs in survivors: results of an international multi-centre study. Age ageing

		predittori significativi della mortalità da COVID-19” (Vinayak Mishra 2020) ²¹
74 articoli	Complicanze del Covid_19 in patologie specifiche (epatite b-cancro, disabilità, pazienti psichiatrici)	
12 articoli	Ambito ostetrico/ ginecologico/parto/ maternità/allattamento	
19 articoli	Necessità di cure palliative durante un ricovero covid in terapia intensiva e/o post covid	Durante questa pandemia, e i ricoveri in Terapia intensiva si è verificata l’esigenza di cure palliative specialistiche ospedaliere e delle popolazioni vulnerabili. È necessario incoraggiare le agenzie sanitarie e i governi locali, statali e federali a sostenere la forza lavoro dedicata alle cure palliative. (Michael Connolly 2022) ²²
23 articoli	Bisogni espressi dagli infermieri e/o dal personale sanitario	La crisi del Covid-19 ha accelerato la tendenza al burnout tra gli operatori sanitari Prima del Covid-19 i tassi di burnout erano del 50% per i medici e del 33% per gli infermieri. Di 657 lavoratori il 57% manifestava sintomi di stress acuto, il 48% soffriva di depressione e il 33% mostrava segni di ansia generalizzata. All’aumentare del burnout diminuisce la qualità dell’assistenza. (Adrian Anzaldua 2021) ²³ Gli infermieri hanno espresso i seguenti problemi inerenti all’assistenza infermieristica e al processo decisionale: difficoltà nell’identificazione dei bisogni di cura dei pazienti, nella gestione del carico di lavoro e nell’apprendimento. (Nicholas Anton 2021) ²⁴

²¹ Vinayak Mishra, Ajit Deo Burma, Sumit Kumar Das, Mohana Balan Parivallal, Senthil Amudhan, Girish N Rao. (2020) COVID-19-Hospitalized Patients in Karnataka: Survival and Stay Characteristics. Indian J Public Health

²² Michael Connolly, Mary Bell, Fiona Lawler, Fiona Timmins, Mary Ryder. (2022) Hospital-Based Palliative and End-of-Life Care in the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. Am J Hosp Palliat Care

²³ Adrian Anzaldua, Jodi Halpern (2021) Can Clinical Empathy Survive? Distress, Burnout, and Malignant Duty in the Age of Covid-19. Hastings Cent Rep

²⁴ Nicholas Anton, Tera Hornbeck, Susan Modlin, Md Munirul Haque, Megan Crites, Denny Yu. (2021) Identifying factors that nurses consider in the decision-making process related to patient care during the COVID-19 pandemic. PLoS One

47 articoli	Bisogni espressi dai pazienti covid/caregiver/studenti non ricoverati Di cui: 6 studi evidenziano depressione nei pazienti o caregiver a domicilio 3 studi sulla nutrizione	Assistenza psicologica, depressione, isolamento, bisogni spirituali
34 articoli	Bisogni area pediatrica, pz ricoverati o a domicilio > 18 anni	
32 articoli	Difficoltà di accesso alle cure, allungamento dei tempi di attesa o sospensione Di cui: 7 studi sulla difficoltà di accesso alle cure odontoiatriche	
7 articoli	Vaccini e/o anticorpi monoclonali	
4 articoli	Bisogni espressi tramite questionario da pazienti Covid_19 positivi ricoverati in ospedale, principalmente terapia intensive	I pazienti affetti da COVID-19, consapevoli della gravità della pandemia, si sono dimostrati molto adattabili alla situazione e hanno avuto piena fiducia negli operatori sanitari. L'isolamento dei pazienti è stato percepito come necessario. La tecnologia ha contribuito a mantenere la comunicazione tra pazienti e parenti.” (Montserrat Venturas 2021) ²⁵ I pazienti con diagnosi di COVID-19 hanno un maggiore bisogno di cure spirituali e alti livelli di ansia per la morte.” (Seda Şahan 2022) ²⁶
3 articoli	Bisogni assistenziali dei pazienti percepiti dagli infermieri: 1 caso-controllo in TI 2 qualitativi	Maggiori esigenze di assistenza ospedaliera e riabilitazione precoce nelle persone con COVID -19 rispetto a quelle senza COVID -19. (Grove K 2022) ²⁷

²⁵ Montserrat Venturas, Judith Prats, Elena Querol, Adelaida Zabalegu, Núria Fabrellas , Paula Rivera, Claudia Casafont, Cecilia Cuzco, Cindy E Frias , Maria Carmen Olivé, Silvia Pérez-Ortega.(2021) Lived Experiences of Hospitalized COVID-19 Patients: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health

²⁶ Seda Şahan, Ayşegül Yıldız (2022) Determining the Spiritual Care Requirements and Death Anxiety Levels of Patients Diagnosed with COVID-19 in Turkey, J Relig Health

²⁷ Grove K, Edgar DW, Chih H, Harrold M, Natarajan V, Mohd S, Hurn E, Cavalheri V. J Clin Med. (2022) Greater In-Hospital Care and Early Rehabilitation Needs in People with COVID-19 Compared with Those without COVID-19 (2022) J Clin Med

		<p>Modelli assistenziali alterati secondo gli infermieri: "respirazione", "sonno/riposo" e "comunicazione".</p> <p>Bisogni espressi dai pazienti: "i miei problemi", "le mie emozioni", "fattori utili" e "cure infermieristiche".</p> <p>Dall'analisi della documentazione clinica, non è stato possibile comprendere il modello assistenziale infermieristico utilizzato dagli infermieri. In conclusione, gli infermieri hanno adottato un approccio reattivo-adattivo, basato sull'esperienza/conoscenza. (Angela Tolotti 2024)²⁸</p> <p>“L’analisi qualitativa dei dati ha rivelato sei categorie principali tra cui: necessità di consulenza psicologica, necessità di miglioramento della qualità dei servizi, necessità di aggiornamento delle informazioni, necessità di miglioramento del supporto sociale, necessità di assistenza spirituale e necessità di assistenza sociale. I pazienti con COVID-19 sono colpiti dalla malattia psicologicamente, fisicamente, socialmente, economicamente e spiritualmente e necessitano assistenza in merito. (Nasrin Galehdar, 2020)”²⁹</p>
1 articolo	Creazione di un nuovo strumento per la Terapia Intensiva	<p>“Presentiamo un modello che prevede accuratamente il rischio di malattia critica da COVID-19 utilizzando comorbilità e presentando segni vitali e valori di laboratorio, su coorti di derivazione e validazione di due diverse istituzioni. Se ulteriormente convalidato su ulteriori coorti di pazienti, questo modello/strumento clinico può fornire un’utile previsione delle esigenze di terapia intensiva.” (Daniel S Chow 2020)³⁰</p>

²⁸ Angela Tolotti, Loris Bonetti, Corina Elena Luca, Michele Villa, Sarah Jayne Liptrott, Laura Maria Steiner, Colette Balice-Bourgois, Annette Biegger, Dario Valcarengi. (2024) Risposta degli infermieri ai bisogni di assistenza fisica e psico-sociale dei pazienti con COVID-19: uno studio con metodi misti. Sanità (Basilea)

²⁹ Nasrin Galehdar, Tahereh Toulabi, Aziz Kamran, Heshmatolah Heydari (2020) Exploring nurses' perception about the care needs of patients with COVID-19: a qualitative study ,BMC Nurs

³⁰ Daniel S Chow, Justin Glavis-Bloom, Jennifer E Soun, Brent Weinberg, Theresa Berens Loveless, Xiaohui Xie, Simukayi Mutasa, Edwin Monuki, Jung In Par, Daniela Bota, Jie Wu, Leslie Thompson, Bernadette Boden-Albala, Saahir Khan, Alpesh N Amin, Peter D Chang (2020) Development and external validation of a prognostic tool for COVID-19 critical diseases. PLoS One

Dalla ricerca in letteratura si evince una mancanza di studi inerenti alle Aree sub-intensive e a un mancato confronto tra pazienti ricoverati Covid_19 positivi e pazienti ricoverati con caratteristiche comparabili. Nessuno studio presenta una valutazione quantitativa dei bisogni assistenziali e una comparazione tra pazienti positivi al virus e non.

I bisogni analizzati negli studi sono sempre raccolti tramite questionario o intervista e sottolineano un profondo senso di ansia, paura e depressione dovuti alla mancanza di conoscenza in merito al fenomeno e all'isolamento necessario.

Negli studi il personale infermieristico esprime una difficoltà nell'assistenza dovuta a una difficile identificazione dei bisogni di cura dei pazienti che consegue una difficile gestione del carico di lavoro.

2.4 Il ruolo delle patologie croniche pregresse nella prognosi dei pazienti COVID-19

La presenza di patologie croniche pregresse influenza la prognosi nelle persone con COVID-19. La polmonite interstiziale è la conseguenza, meno frequente ma più seria, dell'infezione da SARS-CoV-2; si tratta di una forma particolarmente severa e progressiva di polmonite infettiva, che in pochi giorni può portare a insufficienza respiratoria e richiedere ricovero ospedaliero con trattamenti in terapia intensiva.

Tuttavia, non sono solo le malattie croniche respiratorie (Bronchite polmonare cronica ostruttiva-BPCO, insufficienza respiratoria o asma bronchiale) a rendere più vulnerabili i pazienti con COVID-19 e determinarne la progressione verso esiti peggiori, ma anche altre condizioni croniche pregresse a carico di altri organi e apparati.

I pazienti positivi al COVID-19 con disfunzioni endoteliali preesistenti, legate a diabete, malattie cardiovascolari, corrono più rischi di avere forme severe della malattia.

Pertanto malattie dell'apparato cardio-circolatorio e cerebrovascolari, diabete, disfunzioni metaboliche in generale, obesità e ipertensione pregresse rendono più vulnerabili le persone che contraggono l'infezione da SARS-CoV-2 e fra loro aumenta la probabilità di decesso³¹ per COVID-19³².

³¹ Guangchang Pei, Zhiguo Zhang, Jing Peng, Liu Liu, Chunxiu Zhang, Chong Yu, Zufu Ma, Yi Huang, Wei Liu, Ying Yao, Rui Zeng and Gang Xu. Renal Involvement and Early Prognosis in Patients with COVID-19 Pneumonia. JASN May 2020

³² Zachary T Bloomgarden. Diabetes and COVID-19. J Diabetes. 2020 ;12(4):347-349

Per comprendere cosa accade in Italia l'Istituto Superiore di Sanità propone un articolo di confronto tra i dati sui decessi correlati a COVID-19 tratti dal flusso delle cartelle cliniche parallelo alla sorveglianza integrata COVID-19 e i dati dalla popolazione generale tratti dalle sorveglianze di popolazione PASSI (sulla popolazione adulta) e PASSI d'Argento (sulla popolazione anziana), per valutare la diffusione di patologie pregresse e altre condizioni cliniche fra gli uni e gli altri³³.

Uno sguardo comparativo fra questi dati mette in luce che per la gran parte delle patologie croniche la diffusione fra i pazienti COVID-19 deceduti è sempre superiore ai valori più alti osservati nella popolazione generale³⁴. In particolare cardiopatie, diabete e insufficienza renale risultano significativamente più frequenti e numericamente più consistenti fra i pazienti COVID-19 deceduti, rispetto alla popolazione generale.³⁵

2.5 Bisogni assistenziali infermieristici

Non c'è medicina senza assistenza, il “To care” viene prima del “to cure”, e la prossimità, la relazione insita nella risposta ai bisogni assistenziali della persona viene prima del trattamento medico o infermieristico che sia.(Manara 2000)

Alcuni cenni sull'evoluzione storica del pensiero e della prassi assistenziale nel corso dei secoli e nelle differenti culture sono stati sviluppati dai seguenti autori:

Virginia Avenel Henderson (con Evelyn Adam e Nicole Bizier); Hildegard Peplau; Faye Glen Abdellah; Dorothea Elisabeth Orem; Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad; Jean Watson; Helen Yura e Mary B Walsh; Nancy Roper, Winfred Logan ed Alison Tierney; fino ad arrivare a Renzo Zanotti con il “Modello concettuale del nursing come stimolo di armonia-salute”³⁶.(Zanotti 2015, in Fitzpatrick & Hall)

Questo modello considera che «lo stato di salute in atto di una persona sia uno stato variabile che esprime solamente una parte delle potenzialità che il soggetto possiede. La potenzialità

³³ *Maria Masocco, Valentina Minardi e Benedetta Contoli, Graziano Onder e Luigi Palmieri, Angela Spinelli, Nicola Vanacore(2020); Il ruolo delle patologie croniche pregresse nella prognosi dei pazienti COVID-19; ISS <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-patologie-croniche-pregresse#writers>*

³⁴ <https://www.epicentro.iss.it/passi/network/rete>

³⁵ <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/network/rete>

³⁶ Zanotti Renzo, (1998) “L'assistenza alla persona che soffre nella prospettiva di un nursing inteso quale ‘stimolo di armonia e salute’”, Atti del III Congresso Nazionale infermieristico sul Dolore e l'assistenza infermieristica, Società Italiana dei Clinici del Dolore, villa Erba, Cernobbio, Como

può essere influenzata da molti fattori, interni ed esterni al soggetto, in grado di determinarne o meno la messa in atto. L'attivazione della potenzialità di salute può necessitare di interventi esterni al soggetto stesso e la loro efficacia terapeutica è in rapporto alla capacità che questi possiedono di "stimolare" la messa in atto di dinamiche e meccanismi interni dell'assistito³⁷».

Il fenomeno di interesse del nursing è la "persona".

La persona possiede un "potenziale" di salute uguale o superiore a quello "in atto".

Scopo dell'assistenza infermieristica è l'attivazione di tale potenziale di salute.

Il potenziale di "salute" di un individuo corrisponde alla capacità residua dello stesso di modificare i propri processi così da mantenere coerenza armonica tra gli stessi e le esigenze del sistema.

L'analisi del "potenziale di salute" richiede un approccio sistemico per l'accertamento in quanto è una risultante di sistema e non di singolo apparato o processo.

Massima attenzione è riposta nello studio dei processi, biologici o cognitivi, che sottendono lo stato di salute di una persona. È definito "processo" «una sequenza di comportamenti biologici e cognitivi, gerarchicamente ordinati, funzionalmente collegati e finalizzati a determinare un prodotto. Tale prodotto costituisce il risultato complessivo del processo stesso. La possibilità di modificare l'intensità dei processi, e quindi la quantità del loro prodotto, determina la capacità adattiva finale dell'organismo»³⁸.

Il bisogno è un'alterazione di un processo.

Se un processo non può mantenere l'intensità richiesta dalle esigenze del sistema, metterà in atto comportamenti adattivi con la modifica dello stato di salute in atto nel sistema.

Qualora questo non sia nel range di possibilità del sistema, l'alterazione rimarrebbe non compensata producendo conseguenze disadattive o danno al sistema.

Questa condizione di disadattamento del sistema costituisce lo "Stato di bisogno" del sistema.

La discrepanza tra la disponibilità del prodotto e la necessità del sistema costituisce

³⁷ Zanotti Renzo, (1998) "L'assistenza alla persona che soffre nella prospettiva di un nursing inteso quale 'stimolo di armonia e salute'", Atti del III Congresso Nazionale infermieristico sul Dolore e l'assistenza infermieristica, Società Italiana dei Clinici del Dolore, villa Erba, Cernobbio, Como

³⁸ Zanotti (2010) *Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale*. Piccin-Nuova Libreria

l'intensità del bisogno.³⁹

Dopo aver identificato il processo alterato e l'intensità della discrepanza è necessario accertare le potenzialità di salute del soggetto.

In mancanza di tale potenzialità, l'intervento verrebbe ad acquisire caratteristiche di sostituzione tali da scostarsi dai principi di riferimento del nursing (autonomia massima attivabile per la qualità di vita; armonia interna e con l'esterno quale condizione di salute) collocandosi quindi come esterno al dominio dell'infermieristica».

I bisogni di assistenza infermieristica, in quanto tali, non possono venire semplicemente etichettati come "alterazioni" di una o più di queste dimensioni, ma devono essere interpretati dall'infermiere per singolo caso, e poi uniti all'evidenza scientifica posseduta. Non si tratterà, allora, di conoscere unicamente il come ed il perché della manifestazione della diade bisogno-risposta ma piuttosto di comprendere l'insieme della situazione di bisogno di quella persona. Così pure, non basterà semplicemente prescrivere ed abilmente eseguire quelle prestazioni che l'evidenza scientifica ci ha insegnato essere efficaci/efficienti per la soddisfazione del bisogno, ma partecipare e far partecipare il paziente e il suo ambito familiare, al processo assistenziale. In altre parole, la conoscenza dell'evidenza scientifica già corroborata è condizione necessaria ma non sufficiente alla personalizzazione dell'assistenza.

L'assistenza infermieristica è per definizione un'attività personalizzata proprio in quanto risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della persona umana, ognuno dei quali caratterizzato da tre dimensioni: bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale.

In altre parole, non esiste un'assistenza infermieristica che possiamo dire personalizzata ed una assistenza infermieristica non personalizzata: o è assistenza infermieristica - e quindi è già una risposta alla totalità della persona⁴⁰.

2.6 Scale di valutazione dei Bisogni Assistenziali

Per categorizzare i pazienti in base ai bisogni assistenziali sono stati creati strumenti standardizzati in modo da valutare il livello di dipendenza dalle cure professionali nei reparti

³⁹ Zanotti (2010) *Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale*. Piccin-Nuova Libreria

⁴⁰ Manara (2000) *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Lauri editore. Milano

ospedalieri e poter dividere i pazienti in base all'intensità delle cure infermieristiche che ricevono.

Valutare lo stato funzionale e determinare le attività infermieristiche appropriate sono i primi passi nel processo di assistenza infermieristica. Lo stato funzionale di un paziente si riferisce alla sua capacità di svolgere attività e compiti necessari per la vita quotidiana e il benessere generale. In genere considera vari aspetti come la mobilità, le capacità di cura di sé, le capacità di comunicazione, il funzionamento cognitivo, le interazioni sociali e la capacità di svolgere attività come vestirsi, lavarsi, mangiare e gestire i farmaci. Esistono diversi strumenti comunemente utilizzati per misurare lo stato funzionale di un paziente, tra cui, ad esempio, le scale Activity of Daily Living (ADL) e Instrumental Activity of Daily Living (IADL), la Karnofsky Performance Scale (KPS), il Barthel Index (BI) e il Mini-Mental State Examination (MMSE).

In Italia lo strumento più utilizzato per valutare le funzioni fisiche dei pazienti durante le attività di vita quotidiana è il Barthel Index. L'Indice è costituito dall'analisi di 10 attività della vita quotidiana definite anche ADL (activities of daily living) ognuna con un punteggio o di 5 o di 10 punti. Con il tempo è stato osservato che la scala Barthel può essere meno affidabile in base alla patologia del paziente, ad esempio con pazienti che soffrono di decadimento cognitivo poiché valuta la sola funzionalità fisica del paziente.

La maggior parte dei modelli attualmente in uso considerano solo una piccola parte delle componenti dell'assistenza. Nel determinare la complessità dell'assistenza infermieristica, si concentrano maggiormente sulla funzionalità del soggetto e sugli interventi da somministrare, tralasciando spesso il potenziale di miglioramento del soggetto in termini di autocura e di competenza del paziente o del caregiver.

Fornire assistenza professionale alle persone con problemi di salute significa includere deliberatamente comportamenti volti ad attivare il loro potenziale di auto-cura – se presente – o, in mancanza di ciò, abilitare nuove strategie compensative e adattive. La valutazione del potenziale di salute di un paziente in relazione al suo stato di salute attuale può essere ottenuta con la Valutazione Generale del Paziente Ricoverato (ASGO), uno strumento di valutazione completo e facile da completare utilizzato per valutare il funzionamento del paziente, che può essere gestiti con cure di supporto o responsabilizzando il paziente⁴¹. La

⁴¹ Matteo Danielis, Sara Bortot and Renzo Zanotti (2023) Comparison between the General Assessment of Hospitalised Patient Tool and the Barthel Index: A Retrospective Study; Nursing report

sua applicazione ha il potenziale per fornire un profilo ponderato del paziente per selezionare l'utilizzo delle risorse e il tipo di piano di cura.

2.7 Scala ASGO (Accertamento Generale Soggetto Ospedalizzato)

Nel modello ASGO⁴² vengono considerate tre dimensioni: a) Persona (profilo di Utente), b) Attività (Profilo di prestazione), c) Contesto (Fattori di contesto). Tali dimensioni corrispondono agli elementi principali di analisi che il modello considera sia per specifica valutazione che per correlarli al fine di interpretare e predire l'impegno assistenziale in riferimento ad utenza clinica.

Per Bisogno si intende "Capacità non adeguata dell'individuo per funzionalità, conoscenza e/o volontà, a produrre le attività necessarie a mantenere o migliorare lo stato di salute e la qualità di salute desiderata" (Zanotti 2017). Per valutare il grado di bisogno della persona al fine di stimare poi l'impegno assistenziale, va considerato sia lo stato "funzionale" (ASGO 1) che la "competenza" nella cura di sé (ASGO 2). La valutazione "funzionalità/competenza" va correlata ad alcune variabili connotative del soggetto quali: Età, Sesso, Peso/altezza, Stato di salute (presenza accertata di patologie) al fine di integrare le varie dimensioni in un unico profilo integrato o "Tipologia di utenza" (Zanotti 2017).

2.7.1 Indice di funzionalità (ASGO 1)

La funzionalità del soggetto, viene sintetizzata nell'indice di funzionalità (IF) che deriva dalla ponderazione della Scala ASGO (Accertamento Generale Soggetto Ospedalizzato), per il fattore "funzionale". La scala ASGO nel fattore "funzionalità" considera dieci variabili in soggetti ospedalizzati: stato mentale, spostamento deambulazione, circolazione, respirazione, eliminazione, alimentazione, sonno veglia, sensorio, comportamento di cura di sé, umore prevalente.

Per ciascuna delle dieci variabili vengono valutate sette modalità con valenza dicotomica (presente-assente). Le modalità sono mutuamente esclusive, tranne per 4 variabili: alimentazione, circolazione, eliminazione e sensorio. La relazione tra alterazione/non alterazione e importanza relativa di tale alterazione, viene valutata nel modello di

⁴² Zanotti R. (2017). Accertamento stato generale soggetto ospedalizzato "ASGO" valutazione della capacità e competenza in autocura. Padova

ponderazione adottato per produrre l'Indice sintetico di Funzionalità (IF). Tale indice, esprime il prodotto dalla ponderazione delle singole modalità per le 10 variabili del profilo di funzionalità del soggetto. Si è assunto che il tipo di disfunzione non necessariamente equivalga al livello di richiesta per cui la gravità/livello di disfunzione non segue un ordine direttamente correlato al livello di assistenza necessaria.

La conseguenza dell'alterazione funzionale sull'assistenza costituisce il criterio per valutare l'importanza dell'alterazione stessa e quindi il "criterio di ponderazione della variabile" che va da 1 a 7 a seconda del livello di assistenza richiesta.

Tabella 2: Scala ASGO, Indice Funzionalità, criterio di ponderazione della variabile "Stato Mentale"

STATO MENTALE	Rango Riordinato
1. Lucido e orientato ¹ \Contatto pieno con l'ambiente ²	1
2. Lucido con facile disorientabilità ¹ \Leggero rallentamento di reazione ²	4
3. Episodi brevi di confusione ¹ \Pensiero rallentato ² \Vuoti di memoria ³ (MMS)	5
4. Episodi marcati di confusione ¹ \Frequente perdita di memoria ² (MMS)	6
5. Stato confusionale ¹ \Reazioni rallentate ² \Grave perdita di memoria ³ (MMS)	7
6. Non contatto con l'ambiente ¹ \Non risponde a stimoli ² in modo permanente	2
7. Pre-coma ¹ \Coma (scala di misura del coma) ² temporaneo, indotto	3

Alcune variabili (Stato Mentale, Spostamento, Eliminazione e Cura di Sé) possiedono un maggior peso relativo nel determinare il fabbisogno di assistenza e quindi assorbono una quota maggiore del coefficiente totale – pari a 10 - assegnato alla scala di misura.

Tabella 3: Scala ASGO, Indice Funzionalità, valore attribuito ad ogni variabile

1. STATO MENTALE	1.6
2 SPOSTAMENTO\DEAMBULAZIONE	1.3
3 CIRCOLAZIONE	0.4
5 ELIMINAZIONE (CONTROLLO SFINTERI)	1.2
6 ALIMENTAZIONE	0.6
7 SONNO/VEGLIA	1.2
8 SENSORIO	0.6
9 COMPORTAMENTO di CURA DI SE'	1.3
10 UMORE PREVALENTE	1.4
INDICE DI IMPEGNO ASSISTENZIALE (Prodotto dalla somma dei pesi)/10	

L'indice di funzionalità indica un livello di bisogno variabile e suddivisibile in almeno 4 classi ottenute non dalla divisione omogenea del range in 4 segmenti, ma piuttosto dalla valutazione qualitativa delle componenti di profilo

Tabella 4: Scala ASGO, Indice Funzionalità, classi di profilo

PROFILO	RANGE
Non bisogno	0-1.09
Minimo	1.1-2.59
Medio	2.6-3.69
Alto	3.7-4.79
Molto alto	4.8-9.6

2.7.2 Indice di Competenza (ASGO 2)

L'Indice di Competenza (IC) integra l'indice di funzionalità. La valutazione delle competenze in autocura si sintetizza nell'indice di competenza IC che deriva dal punteggio associato alle 9 variabili ciascuna divisa in 3 classi di "competenza in autocura":

1. capacità di uso degli ausili, 2. terapia prescritta, 3. dieta / nutrizione, 4. esercizio fisico, 5. controllo ansia / tensione, 6. controllo dolore, 7. sonno / riposo, 8. diuresi, 9. attività intestinale

La capacità di cura di sé di un paziente è di grande importanza quando si tratta delle attività della vita quotidiana. Questa capacità è fondamentale per l'autonomia personale, la riabilitazione, la prevenzione delle complicanze, la partecipazione sociale e il sostegno al benessere sia dei pazienti che dei loro caregiver. Inoltre, la relazione tra capacità di autocura e domanda di assistenza infermieristica è inversamente correlata.

L'Indice IC si ottiene per semplice somma aritmetica dei punteggi e si colloca in un range da 0 a 2.25. Tale range va opportunamente suddiviso nelle 3 classi di "competenza in autocura"

Tabella 5: Scala ASGO, Indice di Competenza, classi di competenza in autocura

Classi	Tipologia di intervento	Range
1. Competente	Nessun intervento	0
2. Istruito	Richiede addestramento	0.05-0.45
3. Incompetente	Richiede formazione e addestramento	>0.45

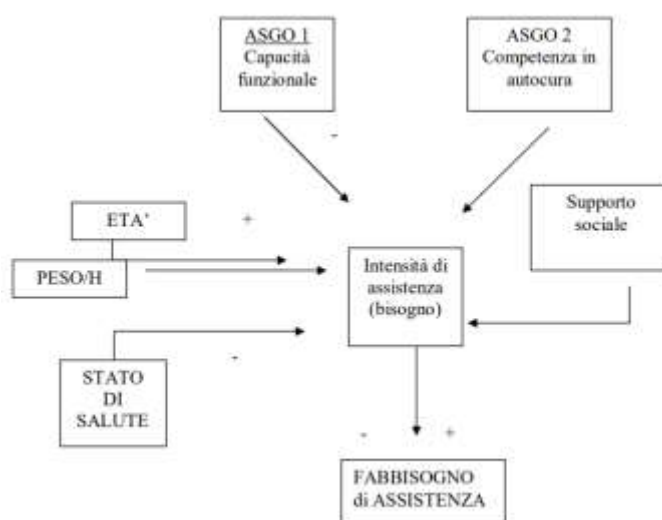
2.7.3 Variabili connotative del soggetto

Vanno inoltre considerati alcuni elementi propri del soggetto quali l'età, il peso/altezza, lo stato di salute, la disponibilità di supporto personale sufficienti a definire un profilo personale e sociale (PPS). L'età incide in maniera inversamente proporzionale sulla capacità funzionale; lo stato di salute incide in maniera direttamente proporzionale sulla capacità funzionale; il supporto sociale influisce sull'assistenza modificandola in quanto disporre di supporto sociale diminuisce la richiesta di assistenza del soggetto mentre non disporre di supporto sociale aumenta la richiesta di assistenza (Zanotti, modello per la stima del Bisogno e dell'Impegno assistenziale per Soggetti Ospedalizzati)

2.7.4 Indice di impegno assistenziale

L'Indice di Impegno Assistenziale (IIA) si ottiene dalla compilazione della scala ASGO 1 e 2 ed è espressione dell'impegno assistenziale richiesto da uno specifico soggetto. L'IIA è calcolato attraverso la somma tra IF e IC e per questo costituisce un indice di sintesi che permette di considerare il soggetto nella sua globalità e di farlo rientrare in un profilo indicativo del fabbisogno di assistenza richiesto. (Vedi Immagine 4)

Immagine 3: Framework, variabili e interazioni
(Zanotti, modello per la stima del Bisogno e dell'Impegno assistenziale per Soggetti Ospedalizzati)



L'appartenenza di un soggetto ad un determinato profilo dipende dal punteggio ottenuto nell'indice di impegno assistenziale. Il punteggio dell'IIA cresce all'aumentare dell'impegno assistenziale richiesto, da cui la suddivisione in 4 profili:

- 1) IMPEGNO ASSISTENZIALE MINIMO, quando il punteggio è $<2,59$.
- 2) IMPEGNO ASSISTENZIALE MEDIO, quando il punteggio è compreso tra 2,6 e 3,69;
- 3) IMPEGNO ASSISTENZIALE ALTO, quando il punteggio è compreso tra 3,7 e 4,79;
- 4) IMPEGNO ASSISTENZIALE MOLTO ALTO, quando il punteggio è $>4,8$.

Con l'integrazione "ponderata" delle variabili della persona diventa possibile calcolare un Indice di Bisogno Assistenziale, quale "valore" che sintetizza la relazione tra "Capacità funzionale" e "Competenza in autocura" dell'utente. Ad ogni profilo di utenza corrispondono un profilo di attività assistenziali. Costruendo dei percorsi assistenziali ad hoc per ogni profilo di utenza, correlando quindi le attività che devono essere fatte dai diversi ruoli professionali ai profili di utenza e ponderando tali attività con il metodo del minutaggio, si potrà stimare un Indice di Impegno assistenziale descrittivo della quota tempo di assistenza che ogni ruolo professionale impegna per rispondere ai bisogni della tipologia di utente.

CAPITOLO III. METODOLOGIA

3.1 Disegno dell'indagine

Lo studio di tipo caso-controllo retrospettivo è stato condotto nell'Ulss 2 Marca Trevigiana Ospedale di Treviso. In tale ospedale sono ricoverati pazienti con diverse età, casistica e problematiche confrontabile con pazienti positivi al virus poiché nessuno è immune naturalmente alla malattia e la casistica è varia.

Ai fini della identificazione del paziente eleggibile per lo studio è stata utilizzata la documentazione di ciascun paziente afferente alle UO considerate. Ogni paziente è stato valutato in ingresso e uscita con la scala ASGO v2.3 e il Barthel index, l'obiettivo è di quantificare il fabbisogno di assistenza e quindi l'impegno assistenziale ospedaliero di questa tipologia di pazienti per le diverse intensità di cura.

3.2 Setting di ricerca e Campionamento

Lo studio ha reclutato i pazienti afferenti alle UO Malattie Infettive 2 e Medicina1 dal 18 Marzo 2020 al 5 Giugno 2020 fino al raggiungimento del numero minimo di 100 soggetti COVID19 positivi e minimo 100 soggetti non-COVID19.

Sono stati Inclusi:

- soggetti COVID-19 con tampone positivo provenienti da Pronto Soccorso, da RSA, da altre UO, da altri Ospedali, da altre Ulss, ricoverati nella UO sub-intensiva di Malattie infettive 2
- soggetti non COVID-19 ricoverati presso le UO di Medicina 1 con diagnosi di ingresso o sintomatologia paragonabili

Sono stati Esclusi:

- soggetti la cui durata del ricovero permane per un periodo < 2 giorni
- soggetti considerati "probabili infetti" che presentano sintomi riconducibili a COVID-19 con tampone negativo o in elaborazione per i quali sono state create delle specifiche aree nella UO sub intensiva in analisi
- soggetti ricoverati nella UO di Medicina 1 che erano precedentemente stati ricoverati in Uo Malattie Infettive 2 per COVID-19 ed erano già presenti nello studio

Al termine del campionamento sono stati reclutati 117 soggetti COVID-19 e 117 soggetti non COVID-19.

Tali soggetti sono stati valutati all'ingresso e alla dimissione con scheda ASGO v 2.5 e Barthel Index.

3.3 Strumenti e attività di raccolta dati

I dati raccolti su carta sono stati successivamente imputati sulle due scale digitalizzate su piattaforma REDCap che permette di costruire e gestire banche dati in modo rapido e sicuro. Ogni dato inerente al paziente è stato codificato per renderlo anonimo in fase di inserimento in RedCap, tutte le precauzioni di tutela della privacy e anonimato dell'informazione sono stati rigorosamente rispettate.

I dati sono stati elaborati con gli algoritmi di ponderazione previsti dalle scale ASGO e Barthel ai fini del calcolo dell'indice sintetico di impegno e di bisogno. Per la profilazione sono state adottate tecniche di clustering sui gruppi dei soggetti ed infine, per la comparazione, sono state adottate misure statistiche Spearman e T-Ttest previste nel software statistico SPSS/ v.25.

I risultati sono stati opportunamente descritti in forma grafica e tabellare a supporto delle valutazioni.

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di raccolta dati:

- Scheda ASGO v. 2.5
- Barthel index
- REDCap per la digitalizzazione e costruzione del data set

CAPITOLO IV. RISULTATI

Sono stati reclutati complessivamente 234 soggetti, di cui 117 ricoverati per Covid-19 nell'UO Malattie Infettive 2 e 117 soggetti non Covid-19 ricoverati nell'UO Medicina 1. Dei soggetti Covid-19 56 erano donne (47,9%) 61 erano uomini (52,1%), dei soggetti non Covid-19 57 erano donne (48,7%) 60 erano uomini (51,3%), di un'età compresa tra i 18 e i 110 anni che comprendono la lingua Italiana, in ciascun gruppo erano afasici il 0.9 % dei soggetti.

I due gruppi presentano caratteristiche simili per età e patologie croniche pregresse; le più frequenti sono le cardiopatie (46%) seguono il diabete (30%), l'insufficienza renale (20%) e malattie croniche respiratorie (19%), infine i tumori (16%), ictus/ischemie cerebrali (10%); tra tutte meno frequenti le malattie croniche del fegato (4%).

L'ipertensione è segnalata nel 68% delle cartelle cliniche e l'obesità nell'11%.

La dimissione dei pazienti è avvenuta come descritto nella seguente tabella 4, si può notare una maggior necessità di cure post ricovero nel gruppo COVID_19 positivo

Tabella 6: Tipologia di Dimissione dei Pazienti COVID_19 POSITIVI e NEGATIVI

	COVID_19 POSITIVI	COVID_19 NEGATIVI
Deceduti	13 (11,1%) 6 donne e 7 uomini	4 (3,4%) 2 donne e 2 uomini
Trasferiti ad una UO intensiva	15 (14,4%)	4 (3,5%)
Dimessi a domicilio	47 (45,2%)	88 (77,9%)
Dimessi a domicilio con adi	0 (0,0%)	6 (5,3%)
Dimessi in RSA	25 (24,0%)	14 (12,4%)
Dimessi ad altro istituto	17 (16,3%)	1 (0,9%)

I decessi nel gruppo in esame sono rapportabili alla distribuzione dei casi nazionali⁴³.

Nei decessi si osserva un aumento della letalità con l'aumentare dell'età dei casi.

⁴³ (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia#2>)

Nelle fasce di età 60-69 e 70-79 anni si osserva un numero maggiore di casi di sesso maschile rispetto al numero di casi di sesso femminile.

Nella fascia di età >80 anni, il numero di soggetti di sesso femminile è più del triplo di quello dei soggetti di sesso maschile, probabilmente a causa della struttura demografica della popolazione.

Tabella 7: Decessi per fasce d'età dei pazienti COVID_19 POSITIVI e NEGATIVI

COVID-19 DECESSI PER ETÀ		NON COVID-19 DECESSI PER ETÀ	
F	M	F	M
75	76	92	90
82	77	93	96
83	79		
89	79		
90	81		
90	89		
	89		

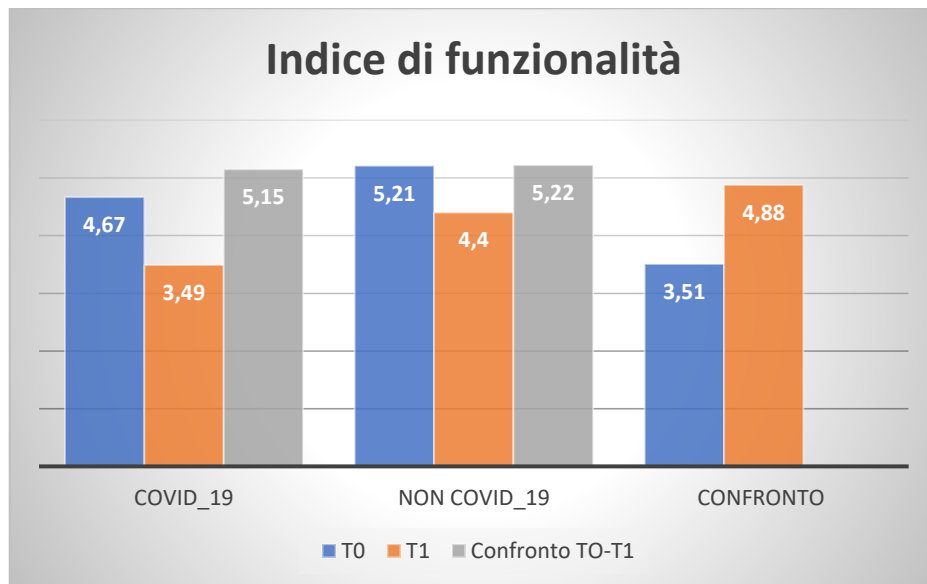
I risultati ottenuti dall'applicazione della scala ASGO sono in seguito divisi nei 3 indici.

L'indice di Funzionalità che rappresenta le 10 variabili "funzionali" dei soggetti; stato mentale, spostamento deambulazione, circolazione, respirazione, eliminazione, alimentazione, sonno veglia, sensorio, comportamento di cura di sé, umore prevalente; come raffigurato nel Grafico 1, presenta una media nei pazienti Covid-19 a T0 di 4,67 rientrando in un profilo di bisogno Alto e a T1 3,49 rientrando in un profilo medio. Il confronto tra l'ingresso e la dimissione presenta un miglioramento statisticamente significativo di +5,15 con $\alpha=0,05$.

Nei pazienti non Covid-19 la media a T0 è di 5,21 e a T1 4,40, passando da un profilo Molto alto a un profilo Alto. Il confronto tra l'ingresso e la dimissione presenta un miglioramento statisticamente significativo di +5,22 con $\alpha=0,05$.

Il confronto tra l'ingresso dei due gruppi e la dimissione presenta una differenza statisticamente significativa. (T0 + 3,51 con $\alpha=0,05$, T1 +4,88 con $\alpha=0,05$)

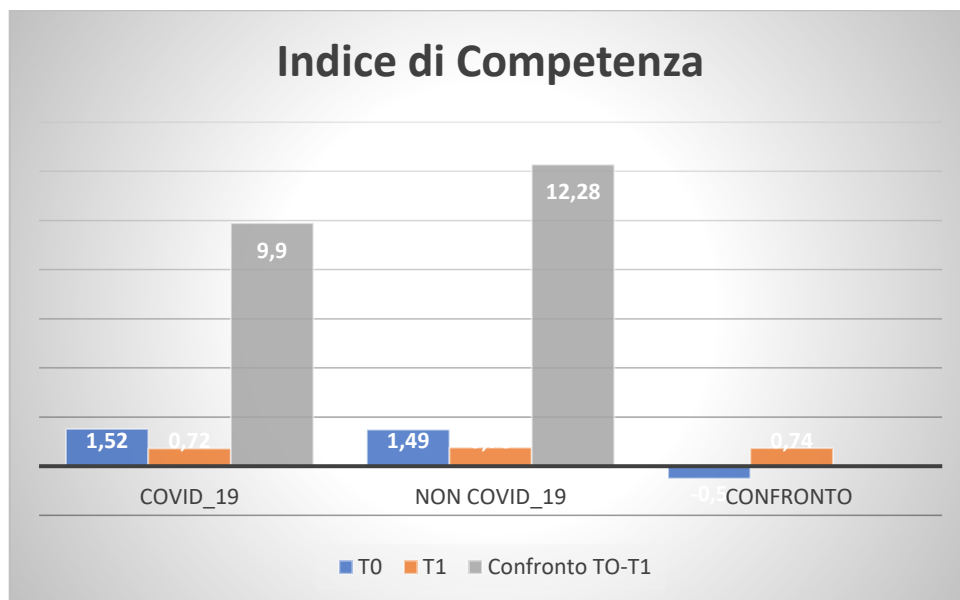
Grafico 1: Risultati Scala ASGO,
indice di Funzionalità nel Gruppo Covid_19 positivo, negativo e confronto



L'Indice di Competenza valuta la capacità di cura di sé di un paziente, come raffigurato nel Grafico 2, i due gruppi in esame si presentano "Incompetenti" con necessità di intervento sia nella formazione che nell'addestramento sia all'ingresso che alla dimissione [Covid_19 (T0 è 1,52; T1 0,72); Non Covid_19 (T0 è 1,49; T1 0,76)] ma presentano un miglioramento statisticamente significativo delle capacità alla dimissione. (Covid-19 +6,27 con $\alpha=0,05$; non Covid-19 +11,77 con $\alpha=0,05$)

Il confronto tra l'ingresso dei due gruppi e la dimissione, invece, non presenta una differenza statisticamente significativa. (T0 -0,46 con $\alpha=0,05$, T1 +0,62 con $\alpha=0,05$)

Grafico 2: Risultati Scala ASGO,
indice di Competenza nel Gruppo Covid_19 positivo, negativo e confronto

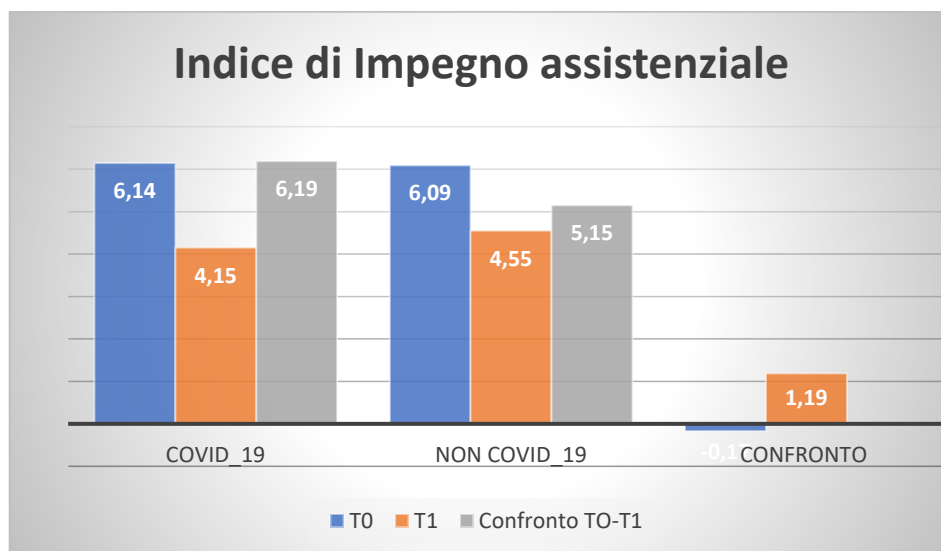


L'Indice di Impegno Assistenziale è la somma dei due indici precedenti e permette di considerare il soggetto nella sua globalità e di farlo rientrare in un profilo indicativo del fabbisogno di assistenza richiesto.

Come raffigurato nel Grafico 3, la media dell'Indice di Impegno Assistenziale nei due gruppi passa da un profilo assistenziale molto alto all'ingresso ad un profilo alto alla dimissione. [Covid_19 (T0 6,14; T1 4,15); Non Covid_19 (T0 6,09; T1 4,55)] il miglioramento in entrambi i gruppi è statisticamente significativo [Covid-19 +6,19 con $\alpha=0,05$; Non Covid_19 +5,15 con $\alpha=0,05$]

Il confronto tra l'ingresso dei due gruppi e la dimissione, invece, non presenta una differenza statisticamente significativa. (T0 -0,17 con $\alpha=0,05$, T1 +1,19 con $\alpha=0,05$)

Grafico 3: Risultati Scala ASGO, indice di Impegno Assistenziale nel Gruppo Covid_19 positivo, negativo e confronto

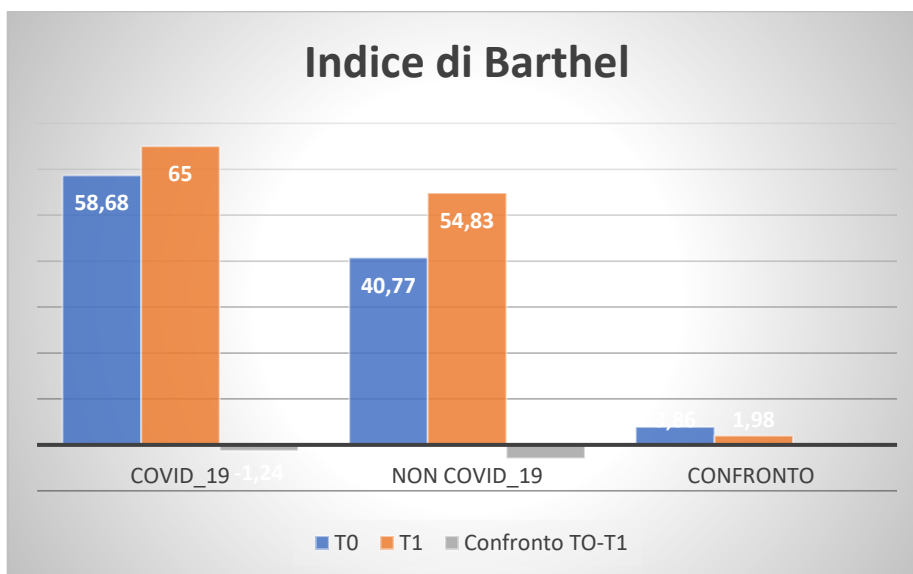


Entrambi i gruppi presentano pazienti che rientrano in profili di impegno assistenziale Molto alto e che durante il ricovero riescono a migliorare nei 3 indici in modo significativo ma i risultati sottolineano che non ci sono differenze tra i due gruppi se messi a confronto, ad eccezione dell'Indice di Funzionalità; questo aspetto è rilevato anche dall'Indice di Barthel che si incentra sulla ADL, come raffigurato nel Grafico 4.

Entrambi i gruppi presentano un aumento dell'autonomia alla dimissione [Covid-19 (T0 58,68; T1 65,0); non Covid-19 (T0 40,77; T1 54,83)] ma questo miglioramento è significativo solo nel gruppo non Covid_19. [Covid-19 -1,24 con $\alpha=0,05$; Non Covid_19 -2,98 con $\alpha=0,05$]

Il confronto tra l'ingresso dei due gruppi e la dimissione presenta una differenza statisticamente significativa (T0 +3,86 con $\alpha=0,05$, T1 +1,98 con $\alpha=0,05$), il gruppo Covid-19 presenta un miglioramento maggiore nell'indice di Barthel rispetto al gruppo non Covid-19.

Grafico 4: Risultati Indice di Barthel nel Gruppo Covid_19 positivo, negativo e confronto



DISCUSSIONE

La nuova patologia dovuta al SARS-CoV-2 ha imposto alle organizzazioni sanitarie di riorganizzare l'intero processo assistenziale. I cambiamenti che si sono resi necessari comprendono modifiche a livello organizzativo e strutturale, ma soprattutto modifiche del processo assistenziale sia esso medico che infermieristico. Per pianificare al meglio l'assistenza è necessario sviluppare conoscenze appropriate e approfondite su quelli che sono i bisogni assistenziali dei pazienti affetti da questa nuova patologia e l'impegno assistenziale da dedicare loro.

L'obiettivo dello studio condotto era di analizzare, tramite scala ASGO, quale fosse l'impegno assistenziale dei pazienti ricoverati in area subintensiva e positivi al SARS-CoV-2 in confronto a pazienti non positivi. Ad una prima vista della situazione si potrebbe pensare che la capacità gestionale dei pazienti Covid_19 positivi sia più impegnativa dei pazienti non positivi, questo è legato al gran numero di morti conseguenti la patologia che ha intensificato la percezione del rischio per i pazienti e l'enorme sforzo sanitario che ne è conseguito.

Per valutare il grado di bisogno della persona secondo la scala ASGO è stato calcolato lo stato funzionale e la competenza nella cura di sé di pazienti Covid-19 positivi e di pazienti non Covid-19 positivi.

La valutazione "funzionalità/competenza" è stata correlata ad alcune variabili connotative del soggetto quali: Età, Sesso, Peso/altezza, Stato di salute al fine di integrare le varie dimensioni in un unico profilo integrato, è stato poi stimato l'impegno assistenziale attribuito ai due gruppi.

Entrambi i gruppi presentano miglioramenti statisticamente significativi nei 3 indici ma confrontando tra loro i due gruppi, l'ipotesi H1 dello studio per la quale i pazienti Covid-19 avrebbero dovuto presentare un maggiore impegno assistenziale di altri pazienti comparabili per anagrafe e stato di salute, non è stata avvalorata dai dati, quindi non è possibile respingere l'ipotesi H0.

Se invece si considera solo l'Indice di Funzionalità sia all'ingresso che all'uscita il gruppo Covid-19 presenta un risultato statisticamente significativo, dunque il gruppo presenta soggetti che richiedono minor bisogno rispetto ai pazienti non Covid-19, dato confermato anche dall'Indice di Barthel che presenta un bisogno minore all'ingresso nel gruppo

Covid_19 e anche un maggior miglioramento all'uscita rispetto al gruppo non Covid-19. Prendendo in considerazione solo la scala di Barthel l'ipotesi H0 dello studio è respinta. Dall'analisi dei dati e della letteratura^{44 45} si comprende come l'area di competenza del paziente COVID-19 possa esulare da quella prettamente specialistica, infatti nei reparti appositi afferiscono sia pazienti presentanti segni e sintomi del virus, ma anche pazienti alla cui positività si associano altre patologie o eventi acuti.

Per citare esempi chiarificatori si riportano casi in cui pazienti presentano come diagnosi principale una patologia pertinente all'area chirurgica, ortopedica o cardiologica a cui si associa, come diagnosi secondaria, la positività al Covid_19. Questo comporta una somma dei bisogni specifici del paziente Covid_19 positivo, ad esempio problematiche respiratorie, ai normali bisogni indentificati dall'Indice Barthel dimostrando, erroneamente, che i pazienti Covid_19 presentano minor autonomia nelle ADL e sono quindi più impegnativi a livello assistenziale.

Andando ad analizzare i singoli casi notiamo che i pazienti Covid_19 positivi evidenziano maggiori bisogni assistenziali negli stessi modelli rilevati dagli infermieri nello studio di Angela Tolotti (2024)⁴⁶ in Terapia Intensiva e sub-intensiva. I bisogni si presentano nel modello "Respirazione", necessità che poi rimangono anche alla dimissione nella quale la maggior parte del campione presenta una bassa tolleranza allo sforzo e necessità di riabilitazione polmonare come confermato dallo studio Grove K. (2022)⁴⁷. Il modello "Sonno/Riposo" è molto compromesso i pazienti presentano frequenti risvegli, sonno ritardato e necessaria terapia fissa per dormire. L'umore all'ingresso è molto più deflesso rispetto ai pazienti non covid e tende ad episodi ad ansia, paura e depressione, i pazienti necessitano di assistenza specifica, come descritto negli studi di Nasrin Galehdar (2020)⁴⁸ e Seda Şahan (2022)⁴⁹ i pazienti COVID-19 sono colpiti dalla malattia psicologicamente,

⁴⁴ Guangchang Pei, Zhiguo Zhang, Jing Peng, Liu Liu, Chunxiu Zhang, Chong Yu, Zufu Ma, Yi Huang, Wei Liu, Ying Yao, Rui Zeng and Gang Xu. Renal Involvement and Early Prognosis in Patients with COVID-19 Pneumonia. JASN May 2020

⁴⁵ Zachary T Bloomgarden. Diabetes and COVID-19. J Diabetes. 2020 ;12(4):347-349

⁴⁶ Angela Tolotti, Loris Bonetti, Corina Elena Luca, Michele Villa, Sarah Jayne Liptrott, Laura Maria Steiner, Colette Balice-Bourgeois, Annette Biegger, Dario Valcarengi. (2024) Risposta degli infermieri ai bisogni di assistenza fisica e psico-sociale dei pazienti con COVID-19: uno studio con metodi misti. Sanità (Basilea)

⁴⁷ Grove K, Edgar DW, Chih H, Harrold M, Natarajan V, Mohd S, Hurn E, Cavalheri V. J Clin Med. (2022) Greater In-Hospital Care and Early Rehabilitation Needs in People with COVID-19 Compared with Those without COVID-19 (2022) J Clin Med

⁴⁸ Nasrin Galehdar, Tahereh Toulabi, Aziz Kamran, Heshmatolah Heydari (2020) Exploring nurses' perception about the care needs of patients with COVID-19: a qualitative study ,BMC Nurs

⁴⁹ Seda Şahan, Ayşegül Yıldız (2022) Determining the Spiritual Care Requirements and Death Anxiety Levels of Patients Diagnosed with COVID-19 in Turkey, J Relig Health

fisicamente, socialmente, economicamente e spiritualmente e necessitano assistenza in merito poiché presentano alti livelli di ansia e paura per la morte.

I pazienti non Covid_19 invece presentano maggiori alterazioni nel modello “Circolazione”, sono più spossati e ipotesi, nel modello “Eliminazione”, presentano doppia incontinenza che permane anche alla dimissione, nel modello “Igiene e cura di sé” faticano a vestirsi e lavarsi da soli. Presentano maggior bisogno di controllo nel Dolore, evidenziato dal modello del sensorio.

Confrontando i 2 gruppi in analisi notiamo che entrambi negli indici di Funzionalità e Impegno assistenziale migliorano da un profilo di assistenza “Molto alto” ad un profilo di assistenza “Alto”, invece nell’Indice di Competenza pur migliorando permangono nella classe “Incompetenza”.

L’Indice di Competenza fa emergere un’inappropriata conoscenza sugli ausili e la terapia. All’inizio del ricovero ai Covid_19 positivi sono prescritti meno ausili rispetto ai non Covid_19 e riguardano principalmente ausili di mobilizzazione che necessitano di competenze appropriate ma sono insufficienti in entrambi i gruppi. All’uscita però il gruppo Covid_19 permane insufficiente mentre la maggior parte del gruppo non Covid_19 ottiene una conoscenza sufficiente.

Entrambi i gruppi presentano terapie per le quali è necessaria una formazione (insulina, ossigeno, terapia anticoagulante) che all’ingresso è presente in modo insufficiente ma che diventa sufficiente/adequata all’uscita. Entrambi i gruppi necessitano di esercizi fisici da parte dei fisioterapisti ma questo bisogno nei pazienti Covid_19 permane fino alla dimissione e per i quali la formazione iniziale è insufficiente ma migliora alla dimissione. Il dolore è più riferito nei pazienti non Covid_19.

Entrambi i gruppi richiedono maggior formazione e addestramento alla dimissione, questo probabilmente è dovuto alla tipologia di utenti analizzati, infatti l’Indice di Competenza si può riferire al paziente o al caregiver.

Se valutiamo l’età dei pazienti analizzati si può notare una prevalenza di pazienti over 60 anni (Tabella 7 e 8). Secondo la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Ministero della Salute tutti gli over 60 anni presentano almeno 1 comorbidità, solo il 7-8% della popolazione indagata non presenta patologie croniche⁵⁰.

Proseguendo con l'età le comorbidità aumentano come anche la degenerazione fisiologica delle capacità cognitive, di conseguenza ai pazienti vengono affiancate delle figure di supporto o caregiver che nell'Indice di Competenza vengono analizzate al posto dei pazienti. Con l'avanzare dell'età aumenta il carico assistenziale dei caregiver che spesso non sono formati adeguatamente. Visto il miglioramento negli altri Indici, il personale Infermieristico potrebbe investire maggiormente nell'educazione del caregiver.

Questo potrebbe spiegare il mancato passaggio di classe, ma sarebbero necessari studi specifici.

Tabella 8: Casi Covid_19 positivi Malattie Infettive suddivisi fasce d'età

1920-29	1930-39	1940-49	1950-59	1960-69	1970-79	1980-89	1990-99
6	32	33	31	8	4	2	1
5%	27%	28%	26%	7%	3%	1,7%	0,8%

Tabella 9: Casi non Covid_19 positivi Medicina suddivisi fasce d'età

1920-29	1930-39	1940-49	1950-59	1960-69	1970-79	1980-89	1990-99
21	44	31	10	6	3	1	1
18%	37%	26%	8,5%	5%	2,5%	0,8%	0,8%

Per quanto concerne la dimissione dei pazienti, sebbene ci sia in entrambi i gruppi un miglioramento dell'indice di Impegno assistenziale alcuni pazienti necessitano di ulteriori cure post ricovero; come evidenziato nello studio di Matthias L Herrmann (2021)⁵¹ i pazienti precedentemente autosufficienti sopravvissuti alla malattia non sono stati in grado di tornare nel proprio ambiente domestico dopo la dimissione dall'ospedale

Il Covid-19 si è dimostrata un'infezione composta da peggioramenti clinici improvvisi e tempi di recupero prolungati, un numero maggiore di pazienti positivi ha necessitato di cure

⁵⁰ Davide L. Vetrano; (2022); La mappa della fragilità in Italia; Gradiente geografico e determinanti sociodemografici; pag 44-45

⁵¹ Matthias L Herrmann, Johannes-Martin Hahn, Birgit Walter-Frank, Desiree M Bollinger, Kristina Schmauder, Günter Schnauder, Michael Bitzer, Nisar P Malek, Gerhard W Eschweiler, Siri Göpel (2021) COVID-19 in persons aged 70+ in an early affected German district: Risk factors, mortality and post-COVID care needs-A retrospective observational study of hospitalized and non-hospitalized patients, PLoS One

intensive, di sorveglianza della sintomatologia ancora positiva o negativizzata post dimissione in RSA o Istituti di cura Covid nel territorio, rispetto ai pazienti non Covid-19 positivi.

Secondo Arun Fryatt (2024)⁵² il 38,8% dei pazienti ricoverati ha manifestato una complicanza e necessitato di cure intensive, le più comuni sono state il danno renale acuto e l'ipertensione e le malattie cardiovascolari. Valori paragonabili a questo studio in cui la percentuale delle dimissioni dei pazienti Covid_19 positivi ad altri istituti di cura (16,3%) o a UO di cure intensive (14,4%) è molto più alta rispetto ai pazienti non Covid_19 positivi, che per la maggior parte (77,9%) vengono dimessi a domicilio, solo il 0,9% raggiunge altri istituti di cura o UO di cure intensive, 3,5%.

Dai risultati raccolti emerge una caratteristica in particolare, rilevato maggiormente nel gruppo Covid_19 positivo, l'umore prevaletto è meno stabile.

Le conoscenze sull'impatto di una pandemia sulla salute mentale sono ancora limitate e si riferiscono principalmente alle epidemie di SARS o Ebola, gli studi compiuti riguardo al Covid_19 si riferiscono al periodo di lockdown e sono incentrati sulla sensazione di ansia e depressione create dalla riduzione di vita sociale e segregazione. Secondo la "COVID-19 Mental Disorders Collaborators" (2021)⁵³ l'emergere della pandemia di COVID-19 ha creato un ambiente in cui molti determinanti della cattiva salute mentale come disturbo depressivo maggiore e disturbi d'ansia si sono diffusi.

Nessuno studio si esamina lo stato emotivo dei pazienti ricoverati all'inizio della pandemia in Uo sub-intensive.

La situazione Covid rende difficile la comunicazione e la relazione esplicitata dalla recente normativa e dal codice deontologico infermieristico: "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura (Art. 1 e 8 L 217/2017)". Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo (FNOPI 2019, art. 4). Ci si chiede pertanto come sia possibile riuscire in questa situazione a avere un elevato livello di qualità assistenziale, come si possa compensare quelle

⁵² Arun Fryatt, Trevor Chivandire, Victoria Simms, Perseverance Chikide, Trymore Munorwa, Ellane Simo, Lovemore Nyasha Sigwadhi, Katharina Kranzer, Tsitsi M Magure, Aspect Maunganidze, Leolin Katsidzira, Rashida A Ferrand. (2024) Clinical characteristics and outcomes of patients admitted with COVID-19 at a public-sector hospital over the first two waves of SARS-CoV-2 infection in Harare, Zimbabwe: A prospective cohort study. PLOS Glob Public Health

⁵³ COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021) Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet

assenze dettate dalla mancata presenza e dall'impossibilità del dialogo per continuare a avere la buona relazione di cura. L'attuale situazione di pandemia ha obbligato tutta la popolazione alla lontananza fisica tra le persone, ma nello specifico, le persone contagiate. Quindi è venuto a mancare la possibilità di ascoltare e di incoraggiare il paziente durante la presa in carico.

L'unico conforto che si poteva dare al paziente è nello sguardo, l'unica parte non coperta dalle tute. Lo sguardo è un modo di conoscere il volto dell'altro, indipendentemente dalla nostra volontà, ci obbliga a prestare attenzione all'altro. In ambito fenomenologico, la Stein, allieva di Husserl, mette in evidenza che lo sguardo sembra essere il veicolo che permette di entrare in empatia con l'altro, ovvero di sentire ciò che lui sente.

In questo studio l'umore prevalente nei pazienti Covid_19 positivi all'ingresso e all'uscita presenta un netto miglioramento per i punti 1-2-3 della Tabella 9 con miglioramenti all'uscita del 35% per l'umore stabile e un lieve peggioramento solo del punto 5 "rifiuto della situazione/evitamento" che peggiora del 0,1%. Risultati analoghi per i pazienti non Covid_19 positivi che migliorano in tutti i punti della tabella, ma presentano già inizialmente umori più stabili e focalizzati sui primi 3 punti, il miglioramento all'uscita è del 15,2% per il punto 1.

Tabella 10: Confronto Umore prevalente tra Covid-19 positivi e negativi

	Covid-19 positivi		Covid-19 negativi	
	Entrata (T0)	Uscita (T1)	Entrata (T0)	Uscita (T1)
1 Stabile/Controllato/Coerente con la situazione/Cooperante	30 (25.6%)	63 (60.6%)	61 (52.1%)	76(67.3%)
2 Senso interiore di tensione/Agitazione motoria/Richieste frequenti	52 (44.4%)	25 (24.0%)	32 (27.4%)	26 (23.0%)
3 Paura/Ansia elevata/Aggressività relazionale	18 (15.4%)	7 (6.7%)	20 (17.1%)	8 (7.1%)
4 Perdita di speranza/Senso di impotenza/Rinuncia	14 (12.0%)	7 (6.7%)	1 (0.9%)	1 (0.9%)
5 Rifiuto della situazione/Evitamento	1 (0.9%)	1 (1.0%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)
6 Apatia/Tristezza/Desiderio di morte	2 (1.7%)	1 (1.0%)	1 (0.9%)	1 (0.9%)
7 Depressione/Progetti o tentativi di suicidio	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	1 (0.9%)

CONCLUSIONI

Entrambi i gruppi presentano miglioramenti statisticamente significativi negli indici di Funzionalità, Competenza e Impegno assistenziale confrontandoli tra loro è stata confermata l'ipotesi H0 per la quale non esiste una differenza statisticamente significativa tra l'Impegno assistenziale dei pazienti Covid-19 positivi e altri pazienti comparabili per anagrafe e stato di salute. Considerando solo l'Indice di Barthel si respinge invece l'ipotesi H0 e conferma che il gruppo Covid_19 positivo ha una dipendenza nelle ADL minore all'ingresso e quindi un maggior miglioramento all'uscita rispetto al gruppo non Covid_19.

I risultati ottenuti con la scala ASGO sono interessanti poiché non evidenziano una differenza tra i due gruppi in esame, i bisogni e l'impegno assistenziale dovuto ai pazienti Covid_19 positivi ricoverati in su-intensiva, rispetto ad un paziente di area medica, non necessita una formazione specifica del personale, difatti, come evidenzia la letteratura, gli infermieri hanno adottato un approccio reattivo-adattivo, basato sull'esperienza/conoscenza. È necessario conoscere i principali modelli alterati presenti nei pazienti Covid_19 positivi: respirazione, sonno/riposo, umore; e le modalità di trasmissione del virus e quindi l'approccio fisico al paziente, poiché è indispensabile conoscere e saper utilizzare i DPI obbligatori.

Lo studio presenta dei limiti. Una buona parte dei pazienti Covid_19 positivi ricoverati in Malattie infettive non presentava un tempo di ricovero sufficiente da essere inserita nello studio poiché o la loro situazione clinica peggiorava rapidamente e avevano bisogno di un'area intensiva o decedevano rapidamente.

Un altro limite è la scelta di indagare la patologia in aree a medio livello di intensità, poiché non sono possibili comparazioni con altri studi presenti in letteratura per luogo, obiettivo e metodologia utilizzata, difatti la maggior parte degli studi si focalizza su aree intensive quali Rianimazione, Medicina d'Urgenza e Terapia intensiva.

Il campione è ridotto a 2 UOC dello stesso ospedale, un campione più vasto e in differenti UO potrebbe produrre altri risultati.

BIBLIOGRAFIA

Adrian Anzaldúa, Jodi Halpern (2021) Can Clinical Empathy Survive? Distress, Burnout, and Malignant Duty in the Age of Covid-19. *Hastings Cent Rep*

Angela Tolotti, Loris Bonetti, Corina Elena Luca, Michele Villa, Sarah Jayne Liptrott, Laura Maria Steiner, Colette Balice-Bourgeois, Annette Biegger, Dario Valcarenghi. (2024) Risposta degli infermieri ai bisogni di assistenza fisica e psico-sociale dei pazienti con COVID-19: uno studio con metodi misti. *Sanità (Basilea)*

Arun Fryatt, Trevor Chivandire, Victoria Simms, Perseverance Chikide, Trymore Munorwa, Ellane Simo, Lovemore Nyasha Sigwadhi, Katharina Kranzer, Tsitsi M Magure, Aspect Maunganidze, Leolin Katsidzira, Rashida A Ferrand. (2024) Clinical characteristics and outcomes of patients admitted with COVID-19 at a public-sector hospital over the first two waves of SARS-CoV-2 infection in Harare, Zimbabwe: A prospective cohort study. *PLOS Glob Public Health*

A Vilches-Moraga, A Price, P Braude, L Pearce, R Short, A Verduri, M Stechman, J T Collin, E Mitchell, A G Einarsson, S J Moug, T J Quinn, B Stubbs, K McCarthy, P K Myint, J Hewitt, B Carter; COPE Study (2020) Increased care at discharge from COVID-19: The association between pre-admission frailty and increased care needs after hospital discharge; a multicentre European observational cohort study. *BMC Med*

Bo Li, Jing Yang, Faming Zhao, Lili Zhi, Xiqian Wang, Lin Liu, Zhaohui Bi, Yunhe Zhao (2020) Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. *Clin Res Cardiol* 109, 531–538.

COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021) Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*

Cuiyan Wang, Riyu Pan, Xiaoyang Wan, Yilin Tan, Linkang Xu, Roger S. McIntyre, Faith N. Choo, Bach Tran, Roger Ho, Vijay K. Sharma, Cyrus Ho; (2020) A longitudinal study

on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China; *Brain, Behavior, and Immunity*; Volume 87, Pages 40-48

Daniel J Drucker (2020) Coronavirus Infections and Type 2 Diabetes-Shared Pathways with Therapeutic Implications. *Endocrine Reviews*, Volume 41, Issue 3, bnaa011.

Daniel S Chow, Justin Glavis-Bloom, Jennifer E Soun, Brent Weinberg, Theresa Berens Loveless, Xiaohui Xie, Simukayi Mutasa, Edwin Monuki, Jung In Par, Daniela Bota, Jie Wu, Leslie Thompson, Bernadette Boden-Albala, Saahir Khan, Alpesh N Amin, Peter D Chang (2020) Development and external validation of a prognostic tool for COVID-19 critical diseases. *PLoS One*

Davide L. Vetrano; (2022); La mappa della fragilità in Italia; Gradiente geografico e determinanti sociodemografici; pag 44-45

Duilio F. Manara (2000) Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica; Lauri edizioni

Fadini, M L Morieri, E Longato, A Avogaro. (2020) Prevalence and Impact of Diabetes Among People Infected With SARS-CoV-2. *J Endocrinol Invest*;43(6):867-869

Fresia Giulia Elettra, Cavaliere Bruno (2021) La complessità assistenziale del paziente affetto da Covid-19 in area sub-intensiva. Risultati di uno studio osservazionale retrospettivo. *L'infermiere*.

Geriatric Medicine Research Collaborative; Covid Collaborative; Carly Welch (2021) Multicenter Study age and frailty are independently associated with increased COVID-19 mortality and increased care needs in survivors: results of an international multi-centre study. *Age ageing*

Griswold (1997) *Sociologia della cultura*. Il Mulino, le vie della civiltà

Grove K, Edgar DW, Chih H, Harrold M, Natarajan V, Mohd S, Hurn E, Cavalheri V. *J Clin Med*. (2022) Greater In-Hospital Care and Early Rehabilitation Needs in People with COVID-19 Compared with Those without COVID-19 (2022) *J Clin Med*

Guangchang Pei, Zhiguo Zhang, Jing Peng, Liu Liu, Chunxiu Zhang, Chong Yu, Zufu Ma, Yi Huang, Wei Liu, Ying Yao, Rui Zeng and Gang Xu. (2020) Renal Involvement and Early Prognosis in Patients with COVID-19 Pneumonia. JASN

Guangchang Pei, Zhiguo Zhang, Jing Peng, Liu Liu, Chunxiu Zhang, Chong Yu, Zufu Ma, Yi Huang, Wei Liu, Ying Yao, Rui Zeng and Gang Xu. Renal Involvement and Early Prognosis in Patients with COVID-19 Pneumonia. JASN May 2020

Hoang C. (2020) Nguyen People with Suspected COVID-19 Symptoms Were More Likely Depressed and Had Lower Health-Related Quality of Life: The Potential Benefit of Health Literacy. J. Clin. Med., 9, 965

Huang, L., Xu, F. ming, & Liu, H. rong. (2020). Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. medRxiv, 2020.

Kristina Schmauder, Günter Schnauder, Michael Bitzer, Nisar P Malek, Gerhard W Eschweiler, Siri Göpel (2021) COVID-19 in persons aged 70+ in an early affected German district: Risk factors, mortality and post-COVID care needs-A retrospective observational study of hospitalized and non-hospitalized patients, PLoS One

Lijun Kang (2020). Impact on Mental Health and Perceptions of Psychological Care among Medical and Nursing Staff in Wuhan during the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak: a Cross-sectional Study. Brain, Behavior, and Immunity

Manara (2000) Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica. Lauri editore. Milano

Manish Bansal (2020) Cardiovascular disease and COVID-19. *Diabetes&Metabolic Syndrome: Clinical Research&Reviews* 14, 247-250.

Matteo Danielis, Sara Bortot and Renzo Zanotti (2023) Comparison between the General Assessment of Hospitalised Patient Tool and the Barthel Index: A Retrospective Study; Nursing report

Matthias L Herrmann, Johannes-Martin Hahn, Birgit Walter-Frank, Desiree M Bollinger, Meral Yüce, Elif Filiztekin , Korin Gasia Özkaya (2021) COVID-19 diagnosis -A review of current methods. Biosens Bioelectron

Michael Connolly, Mary Bell, Fiona Lawler, Fiona Timmins, Mary Ryder. (2022) Hospital-Based Palliative and End-of-Life Care in the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. Am J Hosp Palliat Care

Montserrat Venturas, Judith Prats, Elena Querol, Adelaida Zabalegu, Núria Fabrellas , Paula Rivera, Claudia Casafont, Cecilia Cuzco, Cindy E Frías , Maria Carmen Olivé, Silvia Pérez-Ortega.(2021) Lived Experiences of Hospitalized COVID-19 Patients: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health

Nasrin Galehdar, Tahereh Toulabi, Aziz Kamran, Heshmatolah Heydari (2020) Exploring nurses' perception about the care needs of patients with COVID-19: a qualitative study ,BMC Nurs

Nianqi Liu. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter. Psychiatry Research

Nicholas Anton, Tera Hornbeck, Susan Modlin, Md Munirul Haque, Megan Crites, Denny Yu. (2021) Identifying factors that nurses consider in the decision-making process related to patient care during the COVID-19 pandemic. PLoS One

Rapporto ISS COVID-19 n. 23/2020 - Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale

Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020 - Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19

Seda Şahan, Ayşegül Yıldız (2022) Determining the Spiritual Care Requirements and Death Anxiety Levels of Patients Diagnosed with COVID-19 in Turkey, J Relig Health

Sheikh Shoib, Tan Weiling Amanda, Vikas Menon, Ramdas Ransing, Sujita Kumar Kar, Margaret Isioma Ojeahere, Sarah El Halabi, Sheikh Mohd Saleem (2022)

Is Maslow's Hierarchy of Needs Applicable During the COVID-19 Pandemic? *Indian J Psychol Med*

Sijia Li. (2020). The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int. J. Environ. Res. Public Health*

Stefan R Bornstein, Rinkoo Dalan, David Hopkins, Geltrude Mingrone, Bernhard O Boehm (2020) Endocrine and Metabolic Link to Coronavirus Infection. *Nat Rev Endocrinol*.16(6):297-298.

Taisheng Li. (2020) Clinical observation and management of COVID-19 patients. *Emerging Microbes & Infections* vol 9

Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, Haberecker M, Andermatt R, Zinkernagel AS, Mehra MR, Schuepbach RA, Ruschitzka F, Moch H. (2020) Endothelial Cell Infection and Endotheliitis in COVID-19. *Lancet*, 2;395(10234):1417-1418

Vian F., Zanotti R. (2016) Modelli di calcolo del fabbisogno di personale di assistenza in Unità di ricovero ospedaliero [Models used to assess the need for hospital staffing]. *POLITICHE SANITARIE* 17, 2, 59-71.

Vinayak Mishra, Ajit Deo Burma, Sumit Kumar Das, Mohana Balan Parivallal, Senthil Amudhan, Girish N Rao. (2020) COVID-19-Hospitalized Patients in Karnataka: Survival and Stay Characteristics. *Indian J Public Health*

Vincenzo Giallonardo, Gaia Sampogna (2020) The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial: *Front Psychiatry*. 11: 533.

Yichun Cheng, Ran Luo, Kun Wang, Meng Zhang, Zhixiang Wang, Lei Dong, Junhua Li, Ying Yao, Shuwang Ge and Gang Xu. (2020) Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. *Kidney International* 97, 829–838.

Yifei Li, Juan Li, Zhen Yang, Jie Zhang, Lili Dong, Fusheng Wang, Jingping Zhang (2021)

Gender Differences in Anxiety, Depression, and Nursing Needs Among Isolated Coronavirus Disease 2019 Patients. *Front Psychol*

Yongli Yan, Yan Yang, Fen Wang, Huihui Ren, Shujun Zhang, Xiaoli Shi, Xuefeng Yu, Kun Dong. (2020) Clinical characteristics and outcomes of patients with severe covid-19 with diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care*; 8(1): e001343.

Zachary T Bloomgarden. (2020) Diabetes and COVID-19. *J Diabetes.*;12(4):347-349

Zachary T Bloomgarden. Diabetes and COVID-19. *J Diabetes.* 2020 ;12(4):347-349

Zanotti (2010) Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale. Piccin-Nuova Libreria

Zanotti R. (2002) Uso Ottimale delle Risorse Infermiere ed OTAA nella nuova Organizzazione dell'Assistenza, Regione del Veneto

Zanotti R. (2010). Filosofia e Teoria Nella Moderna Concettualità del Nursing Professionale. Piccin Padova

Zanotti R. (2015). Zanotti's Nursing as a Stimulus of Health-Harmony in Fitzpatrick J. and Whall A (eds.) *Conceptual Models of Nursing 5th E.* Prentice Hall

Zanotti R. (2017). Accertamento stato generale soggetto ospedalizzato "ASGO" valutazione della capacità e competenza in autocura. Padova

Zanotti Renzo, (1994) "Epistemologia della diagnosi infermieristica. Approcci a confronto", atti del IV corso- Convegno Nazionale Eur Idea 90, Qualità delle cure infermieristiche e ostetriche: la diagnosi infermieristica tra responsabilità ed autonomia professionale, Roma

Zanotti Renzo, (1997) "Diagnosi infermieristica e conoscenza scientifica", *Professioni infermieristiche*, n. 2

Zanotti Renzo, (1998) "L'assistenza alla persona che soffre nella prospettiva di un nursing inteso quale 'stimolo di armonia e salute'", *Atti del III Congresso Nazionale*

infermieristico sul Dolore e l'assistenza infermieristica, Società Italiana dei Clinici del Dolore, villa Erba, Cernobbio, Como

Zhan M. Death from Covid-19 of 23 health care workers in China. *N Engl J Med.* 2020;382(23):2267–2268. doi: 10.1056/NEJMc2005696.

SITOGRAFIA

Ministero della Salute -<http://www.salute.gov.it> (consultato il 06/2024)

Istituto Superiore di Sanità (ISS)- <https://www.iss.it/-Epicentro>(consultato il 04/2024)

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>(consultato il 07/2023)

European Center for Disease Control (ECDC) <https://www.ecdc.europa.eu/en> (consultato il 03/2024)

OMS-Organizzazione Mondiale della Sanità- <https://www.who.int/health-topics/coronavirus> (consultato il 08/2023)

<https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants> (consultato il 05/2023)

ELENCO IMMAGINI-TABELLE-GRAFICI

Immagine 1: Variants of Concern Currently as of 15 March 2023 (WHO)

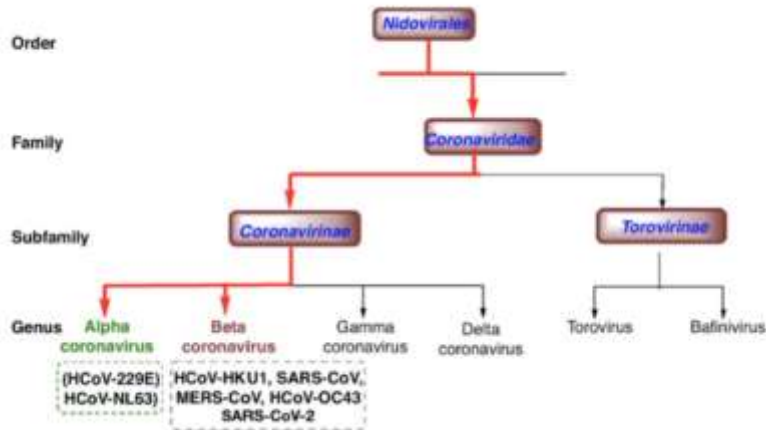


Immagine 2: Andamento dei casi Covid-19 positivi in italia Bollettino sorveglianza integrata COVID-19, 1° settembre 2021, Epicentro

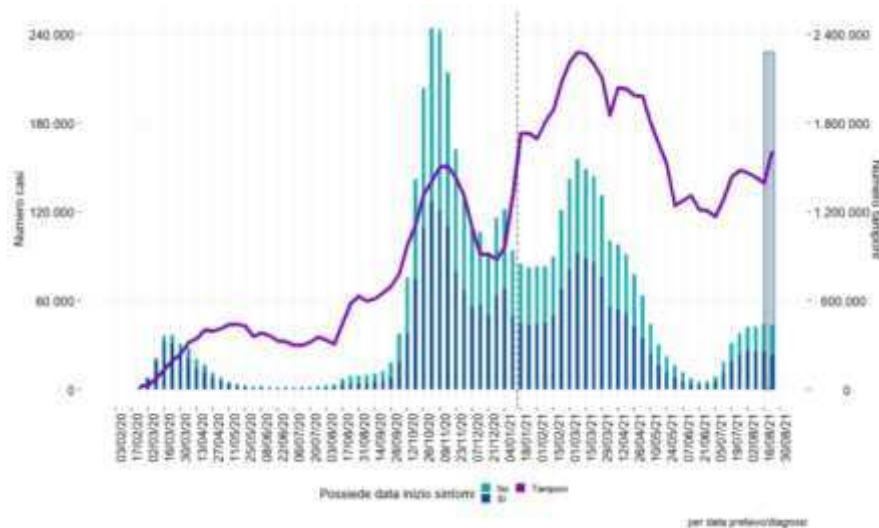


Immagine 3: Framework, variabili e interazioni (Zanotti, modello per la stima del Bisogno e dell’Impegno assistenziale per Soggetti Ospedalizzati)

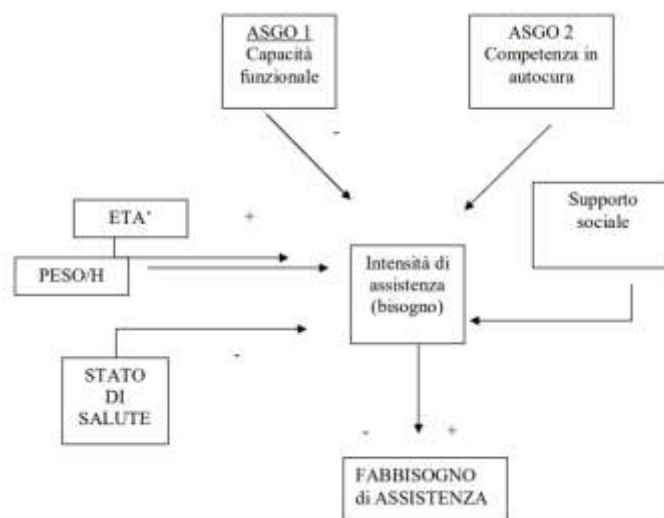


Tabella 1: Classificazione secondo argomento della letteratura presente su Pubmed a Giugno 2024

NUMERO ARTICOLI	ARGOMENTO	ARTICOLI RILEVANTI
8 articoli	Descrizione della sintomatologia e/o fenomeno	
80 articoli	Riorganizzazione e/o gestione della pandemia in ospedale o nel territorio, tra i quali: 2 articoli sulle prigioni 5 articoli sui migranti 20 telemedicina 15 assistenti sanitari/MMG 5 CDR o RSA 5 Triage Pronto Soccorso	

27 articoli	Complicanze del ricovero e Conseguenze post dimissione	<p>Il 38,8% ha manifestato una complicanza, le più comuni sono state il danno renale acuto (17,9%) e l'iperglicemia (13,1%). La comorbidità più comune era l'ipertensione (41,3%) seguita dal diabete (28,6%), dall'HIV (12,1%), dalle malattie cardiovascolari (10,9%) e dalla malattia renale cronica (7,8%). La mortalità è più elevata nei pazienti con comorbidità rispetto a quelli senza alcuna comorbidità (38,7% vs 25,5%)(Arun Fryatt 2024)</p> <p>La fragilità pre-ricovero è fortemente associata alla necessità di un maggiore livello di assistenza alla dimissione. (A Vilches-Moraga 2020)</p> <p>Pazienti precedentemente autosufficienti sopravvissuti alla malattia non sono stati in grado di tornare nel proprio ambiente domestico dopo la dimissione dall'ospedale. (Matthias L Herrmann 2021)</p> <p>“Il rischio di maggiori esigenze di assistenza è aumentato anche nei sopravvissuti a COVID-19 con fragilità o età avanzata.”(Geriatric medicine 2021)</p> <p>“Avere una malattia grave al momento del ricovero, avere un'età ≥ 60 anni sono i predittori significativi della mortalità da COVID-19” (Vinayak Mishra 2020)</p>
74 articoli	Complicanze del Covid_19 in patologie specifiche (epatite b-cancro, disabilità, pazienti psichiatrici)	
12 articoli	Ambito ostetrico/ ginecologico/parto/ maternità/allattamento	
19 articoli	Necessità di cure palliative durante un ricovero covid in terapia intensiva e/o post covid	<p>Durante questa pandemia, e i ricoveri in Terapia intensiva si è verificata l'esigenza di cure palliative specialistiche ospedaliere e delle popolazioni vulnerabili. È necessario incoraggiare le agenzie sanitarie e i governi locali, statali e federali a sostenere la forza lavoro dedicata alle cure palliative. (Michael Connolly 2022)</p>

23 articoli	Bisogni espressi dagli infermieri e/o dal personale sanitario	<p>La crisi del Covid-19 ha accelerato la tendenza al burnout tra gli operatori sanitari. Prima del Covid-19 i tassi di burnout erano del 50% per i medici e del 33% per gli infermieri.</p> <p>Di 657 lavoratori il 57% manifestava sintomi di stress acuto, il 48% soffriva di depressione e il 33% mostrava segni di ansia generalizzata. All'aumentare del burnout diminuisce la qualità dell'assistenza. (Adrian Anzaldúa 2021)</p> <p>Gli infermieri hanno espresso i seguenti problemi inerenti all'assistenza infermieristica e al processo decisionale: difficoltà nell'identificazione dei bisogni di cura dei pazienti, nella gestione del carico di lavoro e nell'apprendimento. (Nicholas Anton 2021)</p>
47 articoli	<p>Bisogni espressi dai pazienti covid/caregiver/studenti non ricoverati</p> <p>Di cui:</p> <p>6 studi evidenziano depressione nei pazienti o caregiver a domicilio</p> <p>3 studi sulla nutrizione</p>	Assistenza psicologica, depressione, isolamento, bisogni spirituali
34 articoli	Bisogni area pediatrica, pz ricoverati o a domicilio > 18 anni	
32 articoli	<p>Difficoltà di accesso alle cure, allungamento dei tempi di attesa o sospensione</p> <p>Di cui:</p> <p>7 studi sulla difficoltà di accesso alle cure odontoiatriche</p>	
7 articoli	Vaccini e/o anticorpi monoclonali	
4 articoli	Bisogni espressi tramite questionario da pazienti Covid_19 positivi ricoverati in ospedale, principalmente terapia intensive	I pazienti affetti da COVID-19, consapevoli della gravità della pandemia, si sono dimostrati molto adattabili alla situazione e hanno avuto piena fiducia negli operatori sanitari. L'isolamento dei pazienti è stato percepito come necessario. La tecnologia ha

		<p>contribuito a mantenere la comunicazione tra pazienti e parenti.” (Montserrat Venturas 2021)</p> <p>I pazienti con diagnosi di COVID-19 hanno un maggiore bisogno di cure spirituali e alti livelli di ansia per la morte.” (Seda Şahan 2022)</p>
3 articoli	<p>Bisogni assistenziali dei pazienti percepiti dagli infermieri: 1 caso-controllo in TI 2 qualitativi</p>	<p>Maggiori esigenze di assistenza ospedaliera e riabilitazione precoce nelle persone con COVID -19 rispetto a quelle senza COVID -19. (Grove K 2022)</p> <p>Modelli assistenziali alterati secondo gli infermieri: "respirazione", "sonno/riposo" e "comunicazione".</p> <p>Bisogni espressi dai pazienti: "i miei problemi", "le mie emozioni", "fattori utili" e "cure infermieristiche".</p> <p>Dall'analisi della documentazione clinica, non è stato possibile comprendere il modello assistenziale infermieristico utilizzato dagli infermieri. In conclusione, gli infermieri hanno adottato un approccio reattivo-adattivo, basato sull'esperienza/conoscenza. (Angela Tolotti 2024)</p> <p>“L’analisi qualitativa dei dati ha rivelato sei categorie principali tra cui: necessità di consulenza psicologica, necessità di miglioramento della qualità dei servizi, necessità di aggiornamento delle informazioni, necessità di miglioramento del supporto sociale, necessità di assistenza spirituale e necessità di assistenza sociale. I pazienti con COVID-19 sono colpiti dalla malattia psicologicamente, fisicamente, socialmente, economicamente e spiritualmente e necessitano assistenza in merito. (Nasrin Galehdar, 2020)”</p>
1 articolo	<p>Creazione di un nuovo strumento per la Terapia Intensiva</p>	<p>“Presentiamo un modello che prevede accuratamente il rischio di malattia critica da COVID-19 utilizzando comorbilità e presentando segni vitali e valori di laboratorio, su coorti di derivazione e validazione di due diverse istituzioni. Se ulteriormente convalidato su ulteriori coorti di pazienti, questo modello/strumento clinico</p>

		può fornire un'utile previsione delle esigenze di terapia intensiva.” (Daniel S Chow 2020)
--	--	--

Tabella 2: Scala ASGO, Indice Funzionalità, criterio di ponderazione della variabile “Stato Mentale”

STATO MENTALE	Rango Riordinato
1. Lucido e orientato ¹ \Contatto pieno con l'ambiente ²	1
2. Lucido con facile disorientabilità ¹ \Leggero rallentamento di reazione ²	4
3. Episodi brevi di confusione ¹ \Pensiero rallentato ² \Vuoti di memoria ³ (MMS)	5
4. Episodi marcati di confusione ¹ \Frequente perdita di memoria ² (MMS)	6
5. Stato confusionale ¹ \Reazioni rallentate ² \Grave perdita di memoria ³ (MMS)	7
6. Non contatto con l'ambiente ¹ \Non risponde a stimoli ² in modo permanente	2
7. Pre-coma ¹ \Coma (scala di misura del coma) ² temporaneo, indotto	3

Tabella 3: Scala ASGO, Indice Funzionalità, valore attribuito ad ogni variabile

1. STATO MENTALE	1.6
2 SPOSTAMENTO\DEAMBULAZIONE	1.3
3 CIRCOLAZIONE	0.4
5 ELIMINAZIONE (CONTROLLO SFINTERI)	1.2
6 ALIMENTAZIONE	0.6
7 SONNO/VEGLIA	1.2
8 SENSORIO	0.6
9 COMPORTAMENTO di CURA DI SE'	1.3
10 UMORE PREVALENTE	1.4
INDICE DI IMPEGNO ASSISTENZIALE (Prodotto dalla somma dei pesi)/10	

Tabella 4: Scala ASGO, Indice Funzionalità, classi di profilo

PROFILO	RANGE
Non bisogno	0-1.09
Minimo	1.1-2.59
Medio	2.6-3.69
Alto	3.7-4.79
Molto alto	4.8-9.6

Tabella 5: Scala ASGO, Indice di Competenza, classi di competenza in autocura

Classi	Tipologia di intervento	Range
1. Competente	Nessun intervento	0
2. Istruito	Richiede addestramento	0.05-0.45
3. Incompetente	Richiede formazione e addestramento	>0.45

Tabella 6: Tipologia di Dimissione dei Pazienti COVID_19 POSITIVI e NEGATIVI

	COVID_19 POSITIVI	COVID_19 NEGATIVI
Deceduti	13 (11,1%) 6 donne e 7 uomini	4 (3,4%) 2 donne e 2 uomini
Trasferiti ad una UO intensiva	15 (14,4%)	4 (3,5%)
Dimessi a domicilio	47 (45,2%)	88 (77,9%)
Dimessi a domicilio con adi	0 (0,0%)	6 (5,3%)
Dimessi in RSA	25 (24,0%)	14 (12,4%)
Dimessi ad altro istituto	17 (16,3%)	1 (0,9%)

Tabella 7: Decessi per fasce d'età dei pazienti COVID_19 POSITIVI e NEGATIVI

COVID-19 DECESSI PER ETÁ		NON COVID-19 DECESSI PER ETÁ	
F	M	F	M
75	76	92	90
82	77	93	96
83	79		
89	79		
90	81		
90	89		
	89		

Tabella 8: Casi Covid_19 positivi Malattie Infettive suddivisi fasce d'età

1920-29	1930-39	1940-49	1950-59	1960-69	1970-79	1980-89	1990-99
6	32	33	31	8	4	2	1
5%	27%	28%	26%	7%	3%	1,7%	0,8%

Tabella 9: Casi non Covid_19 positivi Medicina suddivisi fasce d'età

1920-29	1930-39	1940-49	1950-59	1960-69	1970-79	1980-89	1990-99
21	44	31	10	6	3	1	1
18%	37%	26%	8,5%	5%	2,5%	0,8%	0,8%

Tabella 10: Confronto Umore prevalente tra Covid-19 positivi e negativi

	Covid-19 positivi		Covid-19 negativi	
	Entrata (T0)	Uscita (T1)	Entrata (T0)	Uscita (T1)
1 Stabile/Controllato/Coerente con la situazione/Cooperante	30 (25.6%)	63 (60.6%)	61 (52.1%)	76(67.3%)
2 Senso interiore di tensione/Agitazione motoria/Richieste frequenti	52 (44.4%)	25 (24.0%)	32 (27.4%)	26 (23.0%)
3 Paura/Ansia elevata/Aggressività relazionale	18 (15.4%)	7 (6.7%)	20 (17.1%)	8 (7.1%)
4 Perdita di speranza/Senso di impotenza/Rinuncia	14 (12.0%)	7 (6.7%)	1 (0.9%)	1 (0.9%)
5 Rifiuto della situazione/Evitamento	1 (0.9%)	1 (1.0%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)
6 Apatia/Tristezza/Desiderio di morte	2 (1.7%)	1 (1.0%)	1 (0.9%)	1 (0.9%)
7 Depressione/Progetti o tentativi di suicidio	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	1 (0.9%)

Grafico 1: Risultati Scala ASGO, indice di Funzionalità nel Gruppo Covid_19 positivo, negativo e confronto

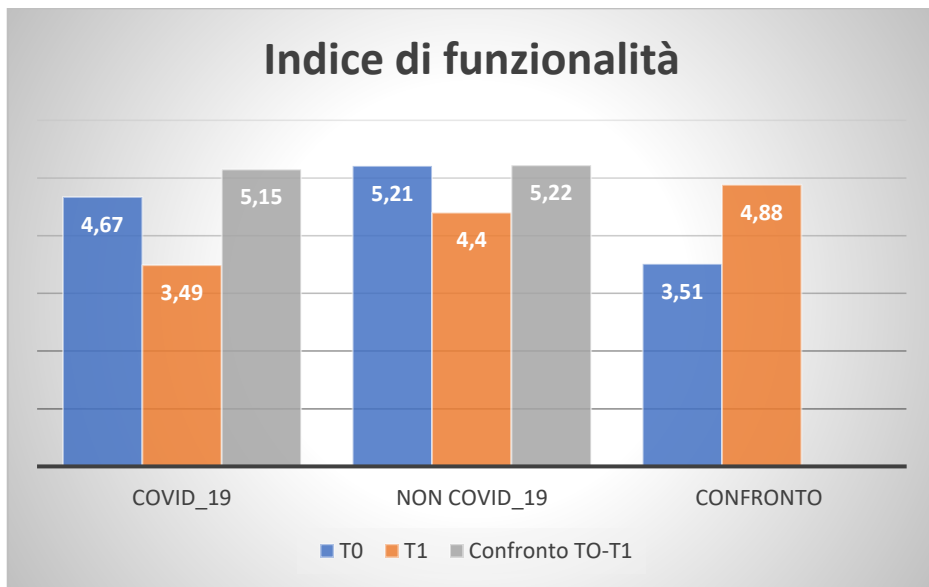


Grafico 2: Risultati Scala ASGO, indice di Competenza nel Gruppo Covid_19 positivo, negativo e confronto

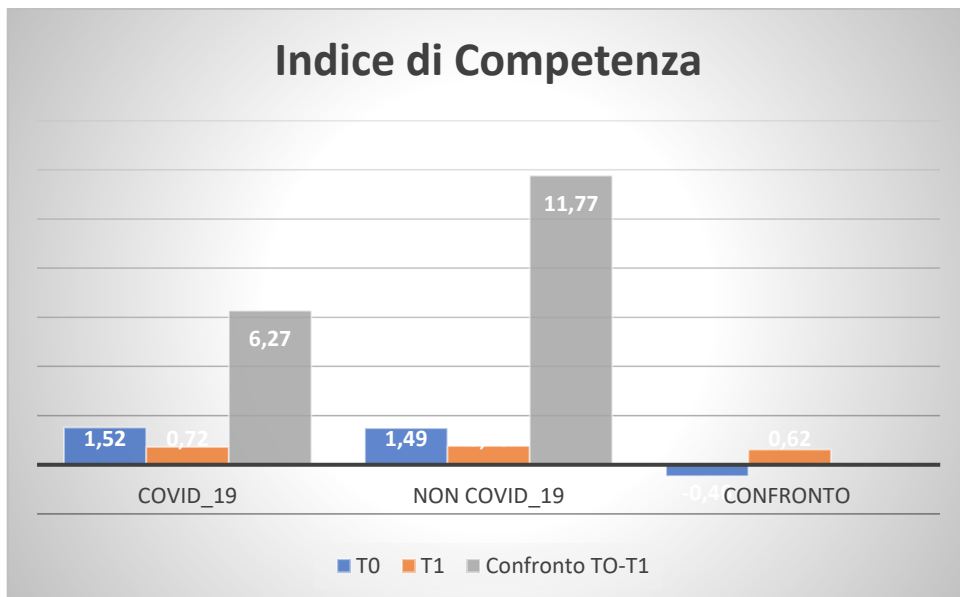


Grafico 3: Risultati Scala ASGO, indice di Impegno Assistenziale nel Gruppo Covid_19 positivo, negativo e confronto

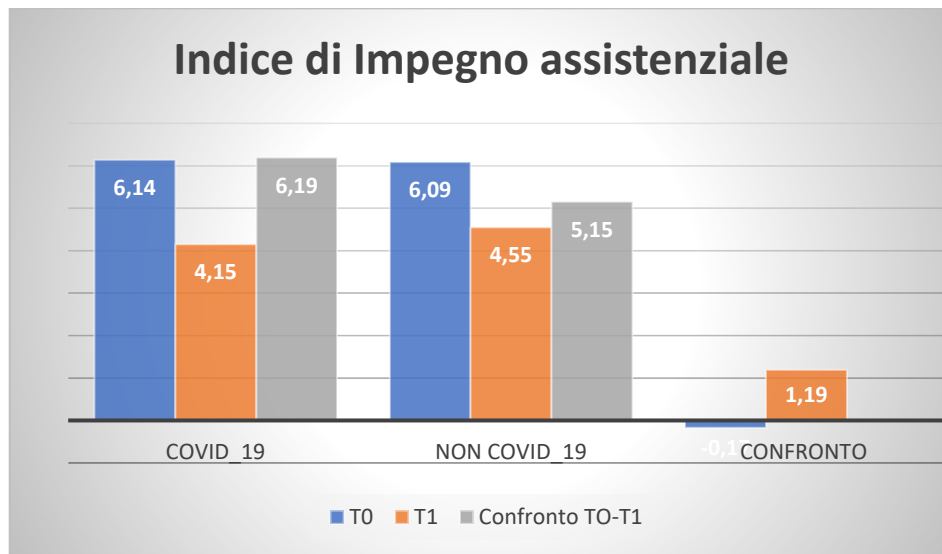
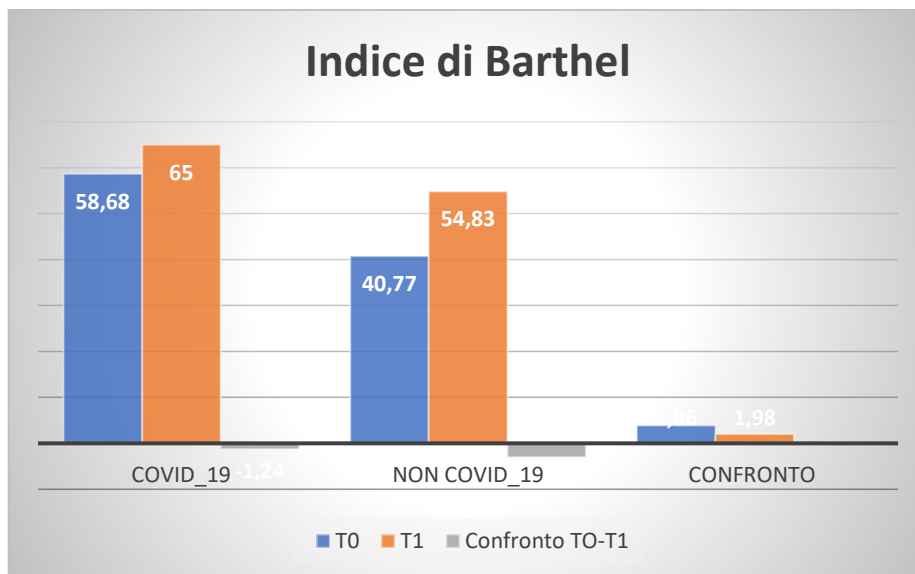


Grafico 4: Risultati Indice di Barthel nel Gruppo Covid_19 positivo, negativo e confronto



ALLEGATO 1

ACCERTAMENTO DELLO STATO GENERALE (A.S.G.O.)

DIAGNOSI DI INGRESSO: _____

DATA RICOVERO: _____ **PROVENIENZA** _____

DATA DIMISSIONE: _____ **LUOGO** _____

**ETICHETTA
PAZIENTE**

STATO MENTALE	INGRESSO	USCITA
1. Lucido e orientato\Contatto pieno con l'ambiente		
2. Lucido con facile disorientabilità\Leggero rallentamento di reazione		
3. Episodi brevi di confusione\Pensiero rallentato\Vuoti di memoria		
4. Episodi marcati di confusione\Frequente perdita di memoria		
5. Stato confusionale\Reazioni rallentate\Grave perdita di memoria		
6. Non contatto con l'ambiente\Non risponde a stimoli		
7. Pre-coma\Coma (scala di misura del coma)		
8. Altro:		
2 SPOSTAMENTO\DEAMBULAZIONE		
1. Movimento completo e autonomo\Supera ostacoli (gradini,ecc..)		
2. Cammina con ausili (anche scale)\Si alza dal letto senza aiuto		
3. Cammina sorretto\Si alza con l'aiuto diretto di una persona		
4. Con carrozzina\Si sposta autonomamente\Anche letto-sedia		
5. Con carrozzina\Si sposta con aiuto diretto\Non si alza		
6. Allettato\Cambia posizione\Mantiene la postura		
7. Allettato\Non mantiene la postura (scivola, cade di lato,ecc.)		
8. Altro:		
3 CIRCOLAZIONE		
1. Completa\Adeguate		
2. Ipotensione ortostatica (anche per lievi cambi di postura)		
3. Estremità fredde\Cianotiche\Reattive a lievi cambi di temperatura		
4. Edemi declivi\Gonfiore stabile o temporaneo piedi\gambe		
5. Fatica\Spossatezza\Vertigini nei movimenti		
6. Eritema persistente in zona-rischio di ulcerazione		
7. Ulcerazioni cutanee		
8. Altro:		
4 RESPIRAZIONE		
1. Libera\Adeguate		
2. Bassa tolleranza allo sforzo (mancanza rapida di respiro)		
3. Limitata\Con vincolo di postura (manca respiro se supino)		
4. Limitata\Con ossigeno\Tossenotturna-inefficace		
5. Tracheostomia\Tracheotomia		
6. Ventilazione assistita meccanica con comando del soggetto		
7. Ventilazione meccanicatotale\Automatica		
8. Altro:		
5 ELIMINAZIONE (CONTROLLO SFINTERI)		
1. Integro\Completo\Adeguate		

2.	Incontinenza urinaria occasionale\Controllo limitato		
3.	Incontinenza urinaria completa		
4.	Incontinenza fecale occasionale\Controllo limitato		
5.	Incontinenza fecale completa\Doppia incontinenza uro-fecale		
6.	Ritenzione urinaria\Catetere vescicale		
7.	Portatore di stomia (specificare):		
8.	Altro:		
<p>©ASGO V.2.3 (Accertamento Generale Soggetto Ospedalizzato) – Scala di Valutazione ai fini dell’assistenza professionale by Zanotti R. Tutti i diritti riservati</p>			

6	ALIMENTAZIONE	INGRESSO	USCITA
1.	Libera\Completa		
2.	Masticazione limitata\Assente		
3.	Deglutizione difficile\Dolorosa\Disfagia		
4.	Ulcerazioni\Infezioni della bocca		
5.	Nessuna iniziativa (è necessario posizionare e imboccare)		
6.	Nutrizione enterale da stoma/Sondino gastrico		
7.	Nutrizione parenterale totale		
8.	Altro:		
7	SONNO/VEGLIA		
1.	Regolare\Adeguato\Riposante		
2.	Frequenti risvegli (senza altre cause)\Non riposante		
3.	Sonno ritardato\Risveglio anticipato-senso di stanchezza		
4.	Risvegli frequenti (per tosse, minzione, dolore)\Non riposante		
5.	Sonno con episodi di apnea, rumore respiratorio, crampi\spasmi		
6.	Sonno favorito da routine fisse (uso di bevande, percorsi, luoghi)		
7.	Sonno indotto da farmaci (non occasionale\uso sistematico)		
8.	Altro:		
8	SENSORIO		
1.	Integro\Adeguato\Sufficiente		
2.	Ipoacusia compensata (anche con protesi acustiche)		
3.	Deficit visivo, anche compensato (con lenti,occhiali)		
4.	Sordità completa bilaterale		
5.	Cecità completa bilaterale		
6.	Dolore		
7.	Percezione alterata\ridotta delle superfici (pavimento, ...)		
8.	Altro:		
9	COMPORAMENTO di CURA DI SE'		
1.	Completa\Adeguata\Controllo adeguato dei movimenti necessari		
2.	Si veste e lava solo in parte (non calze, scarpe\non dorso,piedi...)		
3.	Veste solo se giacche aperte\Provvede alla cura del viso e delle mani		
4.	Non veste\Solo pulizia viso e mani se seduto (non si pettina)		
5.	Semplici movimenti di supporto\Scarso controllo degli oggetti		
6.	Asseconda con semplici movimenti l'azione di assistenza		
7.	Nessuna capacità\Assenza di azioni		
8.	Altro:		
10	UMORE PREVALENTE		
1.	Stabile\Controllato\Coerente con lasituazione\Cooperante		
2.	Senso interiore di tensione\Agitazione motoria\Richieste frequenti		
3.	Paura\Ansia elevata\Aggressività relazionale		
4.	Perdita di speranza\Senso di impotenza\Rinuncia		
5.	Rifiuto della situazione\Evitamento		
6.	Apatia\Tristezza\Desiderio di morte		
7.	Depressione\Progetti o tentativi di suicidio		
8.	Altro:		

VALUTAZIONE DELLA COMPETENZA NELLA CURA DI SÈ

SOGGETTO: Paziente Caregiver Altro(spec)

ASPETTI DA CONSIDERARE NEL PAZIENTE/ CAREGIVER

INGRESSO	USCITA
<p>1. Capacità di uso degli ausili Il paziente presenta o necessita di usili che comportano una specifica competenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirli, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>	<p>1. Capacità di uso degli ausili Il paziente presenta o necessita di usili che comportano una specifica competenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirli, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>
<p>2. Terapia prescritta Il paziente necessita di terapia che comporta una specifica competenza? (endovenosa, aereosol) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirla, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>	<p>2. Terapia prescritta Il paziente necessita di terapia che comporta una specifica competenza? (endovenosa, aereosol) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirla, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>
<p>3. Dieta / nutrizione Il paziente necessita di un'alimentazione che richieda una specifica competenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirla, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>	<p>3. Dieta / nutrizione Il paziente necessita di un'alimentazione che richieda una specifica competenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirla, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>
<p>4. Esercizio fisico Il paziente necessita di particolari esercizi fisici? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirli, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>	<p>4. Esercizio fisico Il paziente necessita di particolari esercizi fisici? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirli, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>

<p>5. Controllo ansia / tensione Il paziente presenta ansia (frequente - elevata)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirla che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>	<p>5. Controllo ansia / tensione Il paziente presenta ansia (frequente - elevata)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirla che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>
<p>6. Controllo dolore Il paziente presenta o potrebbe presentare dolore? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirlo che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>	<p>6. Controllo dolore Il paziente presenta o potrebbe presentare dolore? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirlo che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>
GIRARE IL FOGLIO	
INGRESSO	USCITA
<p>7. Sonno / riposo Il paziente presenta problematiche inerenti al sonno/riposo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirle che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>	<p>7. Sonno / riposo Il paziente presenta problematiche inerenti al sonno/riposo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirle che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>
<p>8. Diuresi Il paziente presenta situazioni tali (catetere, incontinenza o altro) da richiedere competenza specifica per gestirle? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirle, che livello di competenza ha adesso?</p>	<p>8. Diuresi Il paziente presenta situazioni tali (catetere, incontinenza o altro) da richiedere competenza specifica per gestirle? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirle, che livello di competenza ha adesso?</p>

<input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato
<p>9. Attività intestinale Il paziente presenta situazioni tali (incontinenza, stipsi, stomia o altro) da richiedere competenza specifica per gestirle? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirle, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>	<p>9. Attività intestinale Il paziente presenta situazioni tali (incontinenza, stipsi, stomia o altro) da richiedere competenza specifica per gestirle? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, per gestirle, che livello di competenza ha adesso? <input type="checkbox"/> inadeguato/minimo <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> adeguato</p>
<p>10. Altro: Situazioni non previste sopra che richiedano competenza per la gestione autonoma</p>	<p>10. Altro: Situazioni non previste sopra che richiedano competenza per la gestione autonoma</p>

© ASGO V. 2.3 (Accertamento Generale Soggetto Ospedalizzato) – Scala di Valutazione ai fini dell'assistenza professionale by Zanotti R.
Tutti i diritti riservati

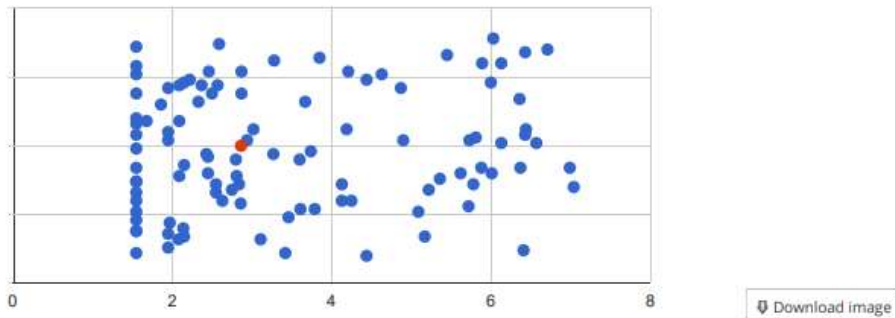
ALLEGATO 2 RISULTATI SCALA ASGO PAZIENTI COVID_19 POSITIVI

INDICE DI FUNZIONALITA' (entrata)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
104	13 (11.1%)	77	1.54	7.03	3.49	1.74	362.68	1.54	1.54	2.04	2.86	5.10	6.12	6.42

Lowest values: 1.5399999999999998, 1.5399999999999998, 1.5399999999999998, 1.5399999999999998, 1.5399999999999998

Highest values: 6.43, 6.5600000000000005, 6.7, 6.980000000000001, 7.030000000000001

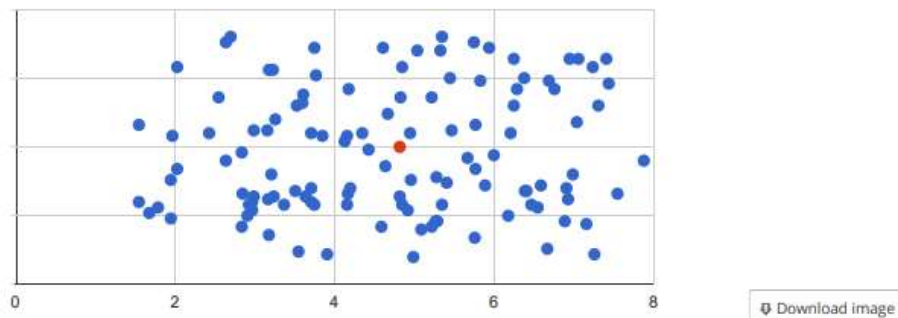


INDICE DI FUNZIONALITA' (uscita)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
117	0 (0.0%)	105	1.54	7.87	4.67	1.65	545.90	1.96	2.63	3.23	4.81	5.99	6.93	7.23

Lowest values: 1.5399999999999998, 1.5399999999999998, 1.6700000000000004, 1.7800000000000005, 1.9400000000000002

Highest values: 7.3, 7.399999999999999, 7.4300000000000015, 7.540000000000002, 7.87

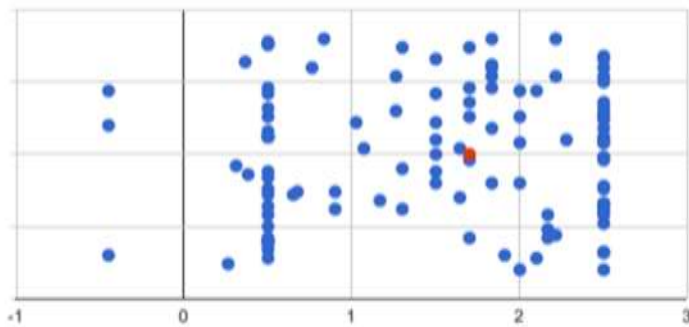


INDICE DI COMPETENZA (entrata)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
113	4 (3.4%)	27	-0.45	2.50	1.52	0.86	172.23	0.37	0.50	0.50	1.70	2.50	2.50	2.50

Lowest values: -0.45, -0.45, -0.45, 0.2625, 0.31

Highest values: 2.5, 2.5, 2.5, 2.5, 2.5

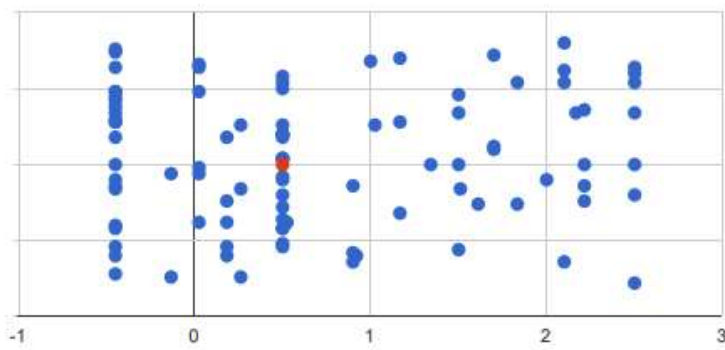


INDICE DI COMPETENZA (uscita)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
97	20 (17.1%)	24	-0.45	2.50	0.72	0.97	69.51	-0.45	-0.45	0.03	0.50	1.50	2.21	2.50

Lowest values: -0.4500000000000000007, -0.45, -0.45, -0.45, -0.45

Highest values: 2.5, 2.5, 2.5, 2.5, 2.5

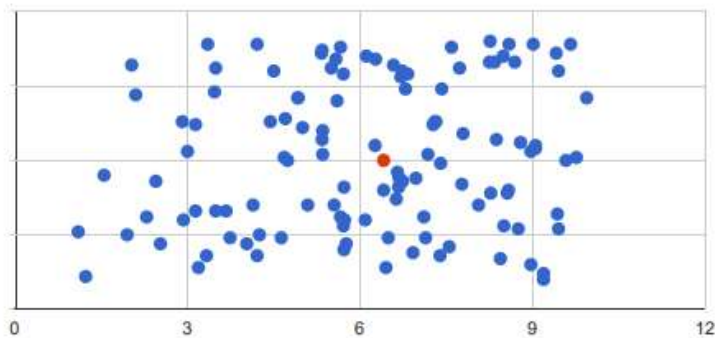


IMPEGNO ASSISTENZIALE (entrata)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
117	0 (0.0%)	104	1.09	9.93	6.14	2.23	717.97	2.24	3.07	4.62	6.40	8.05	9.02	9.42

Lowest values: 1.09, 1.22, 1.54, 1.94, 2.02

Highest values: 9.44, 9.57, 9.65, 9.75, 9.93



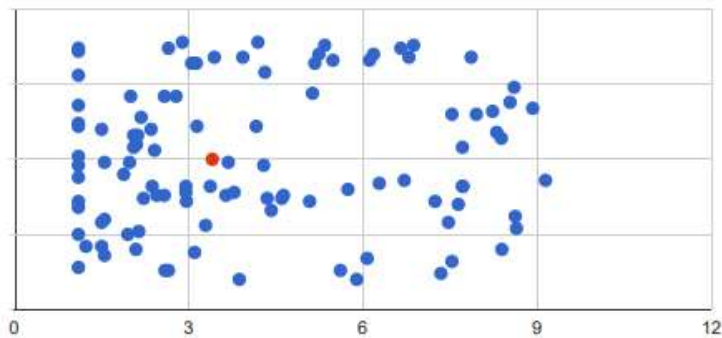
[Download image](#)

IMPEGNO ASSISTENZIALE (uscita)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
104	13 (11.1%)	82	1.09	9.13	4.15	2.51	431.72	1.09	1.09	2.07	3.40	6.20	7.91	8.50

Lowest values: 1.09, 1.09, 1.09, 1.09, 1.09

Highest values: 8.59, 8.61, 8.63, 8.91, 9.13



[Download image](#)

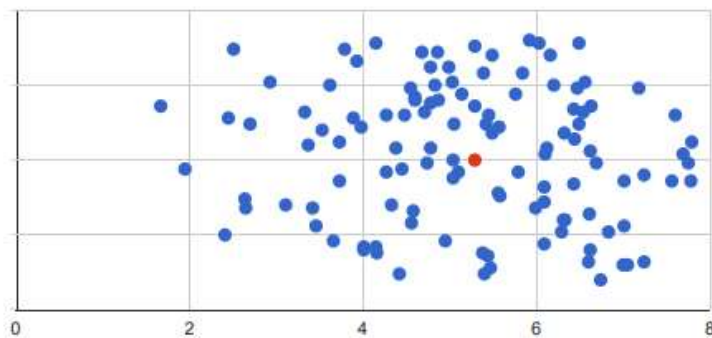
ALLEGATO 3 RISULTATI SCALA ASGO PAZIENTI NON COVID_19 POSITIVI

INDICE DI FUNZIONALITA' (entrata)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
117	0 (0.0%)	105	1.66	7.78	5.21	1.41	609.37	2.64	3.39	4.26	5.28	6.32	6.99	7.29

Lowest values: 1.6600000000000001, 1.9400000000000002, 2.4, 2.44, 2.5000000000000004

Highest values: 7.5900000000000001, 7.68, 7.74, 7.7700000000000001, 7.7800000000000001

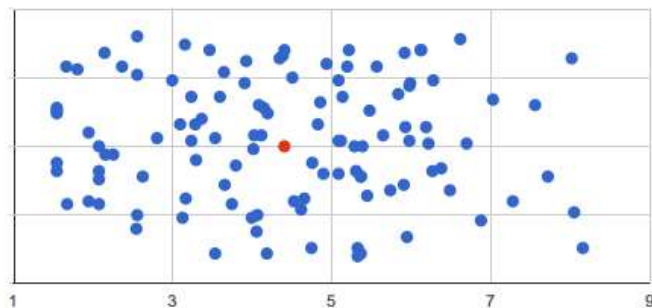


INDICE DI FUNZIONALITA' (uscita)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
113	4 (3.4%)	98	1.54	8.15	4.40	1.67	497.10	1.67	2.07	3.16	4.40	5.56	6.35	7.12

Lowest values: 1.5399999999999998, 1.5399999999999998, 1.5399999999999998, 1.5399999999999998, 1.5399999999999998

Valori più alti: 7.549999999999999, 7.709999999999999, 8.0100000000000002, 8.0400000000000001, 8.149999999999999

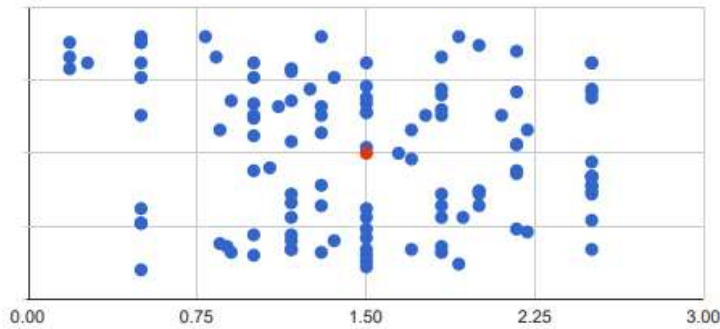


INDICE DI COMPETENZA (entrata)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
116	1 (0.9%)	27	0.18	2.50	1.49	0.64	173.17	0.50	0.50	1.00	1.50	2.00	2.50	2.50

Lowest values: 0.18333333333333335, 0.18333333333333335, 0.18333333333333335, 0.2625, 0.5

Highest values: 2.5, 2.5, 2.5, 2.5, 2.5



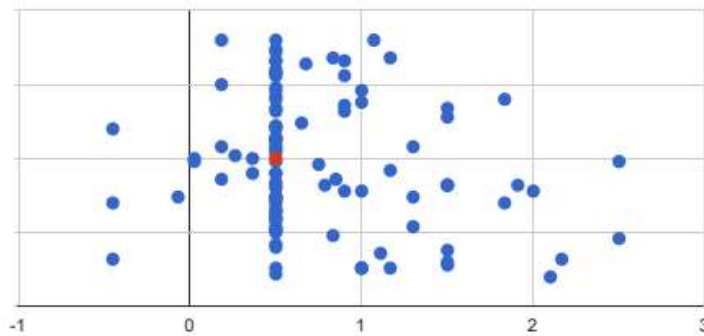
[Download image](#)

INDICE DI COMPETENZA (uscita)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
105	12 (10.3%)	26	-0.45	2.50	0.76	0.56	79.66	0.06	0.30	0.50	0.50	1.00	1.50	1.89

Lowest values: -0.45, -0.45, -0.45, -0.06999999999999999, 0.024999999999999994

Highest values: 2, 2.1, 2.1666666666666665, 2.5, 2.5



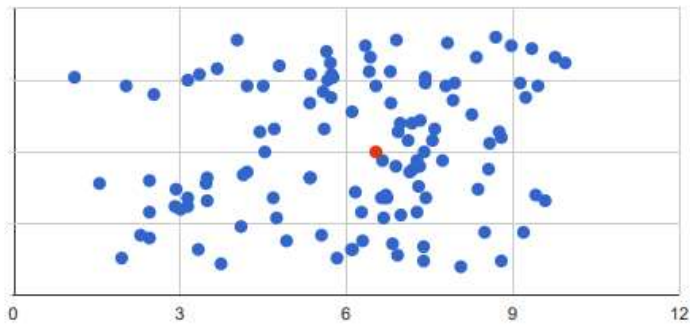
[Download image](#)

IMPEGNO ASSISTENZIALE (entrata)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
117	0 (0.0%)	105	1.09	9.93	6.09	2.11	713.00	2.44	3.08	4.52	6.52	7.41	8.76	9.24

Lowest values: 1.09, 1.54, 1.94, 2.02, 2.28

Highest values: 9.4, 9.44, 9.57, 9.75, 9.93



[Download image](#)

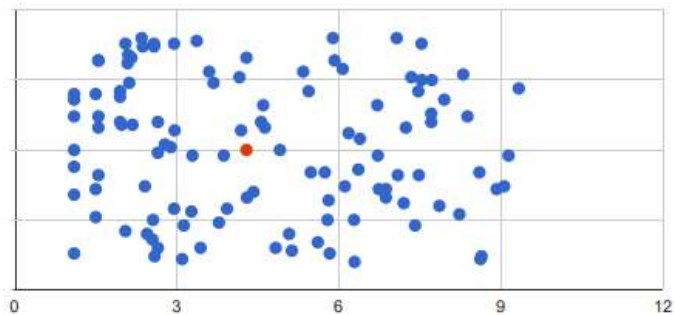
IMPEGNO ASSISTENZIALE (uscita)

Total Count (N)	Missing	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
113	4 (3.4%)	91	1.09	9.32	4.55	2.44	513.85	1.09	1.54	2.40	4.28	6.71	7.82	8.60

Missing values: [MEDI010](#), [MEDI018](#), [MEDI050](#), [MEDI097](#)

Lowest values: 1.09, 1.09, 1.09, 1.09, 1.09

Highest values: 8.63, 8.91, 9.05, 9.13, 9.32



[Download image](#)