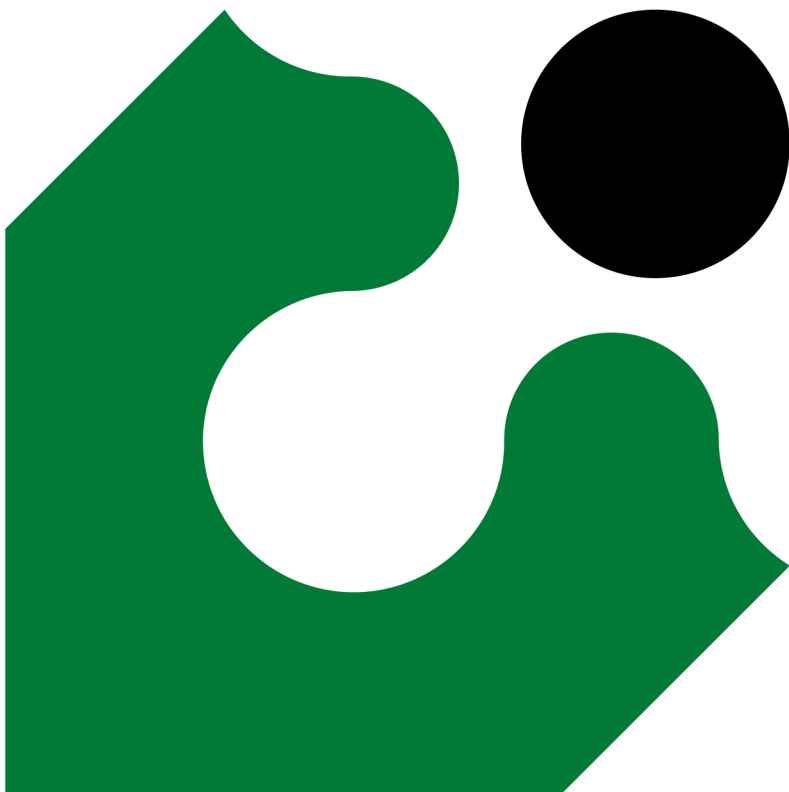


## **Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso**

Dottoressa Anna Gandino

**Corso di formazione manageriale  
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2022-2023





Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

# **Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa**

UNIMI-DSC 2201/BE

Università degli Studi di Milano

## **L'AUTORE**

*Anna Gandino*, Direttrice di Struttura Complessa Medicina Interna con annesso Pronto Soccorso, ASST Brianza - P.O. Carate Brianza, [anna.gandino@asst-brianza.it](mailto:anna.gandino@asst-brianza.it)

## **IL DOCENTE DI PROGETTO**

*Federico Lega*, Professore Ordinario di Economia Aziendale, Università degli Studi di Milano

## **IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO**

*Federico Lega*, Professore Ordinario di Economia Aziendale, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.  
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.  
Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**  
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

## INDICE

INTRODUZIONE (con Analisi e indicatori di lettura critica del contesto - eventuale SWOT Analisi-ed evidenza della strategicità del tema)	7
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	15
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	16
METODOLOGIA ADOTTATA	17
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	18
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	19
RISULTATI ATTESI (con esplicitazione degli indicatori utilizzati)	36
CONCLUSIONI	40
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
RIFERIMENTI NORMATIVI	42
BIBLIOGRAFIA	43
SITOGRAFIA	43

Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

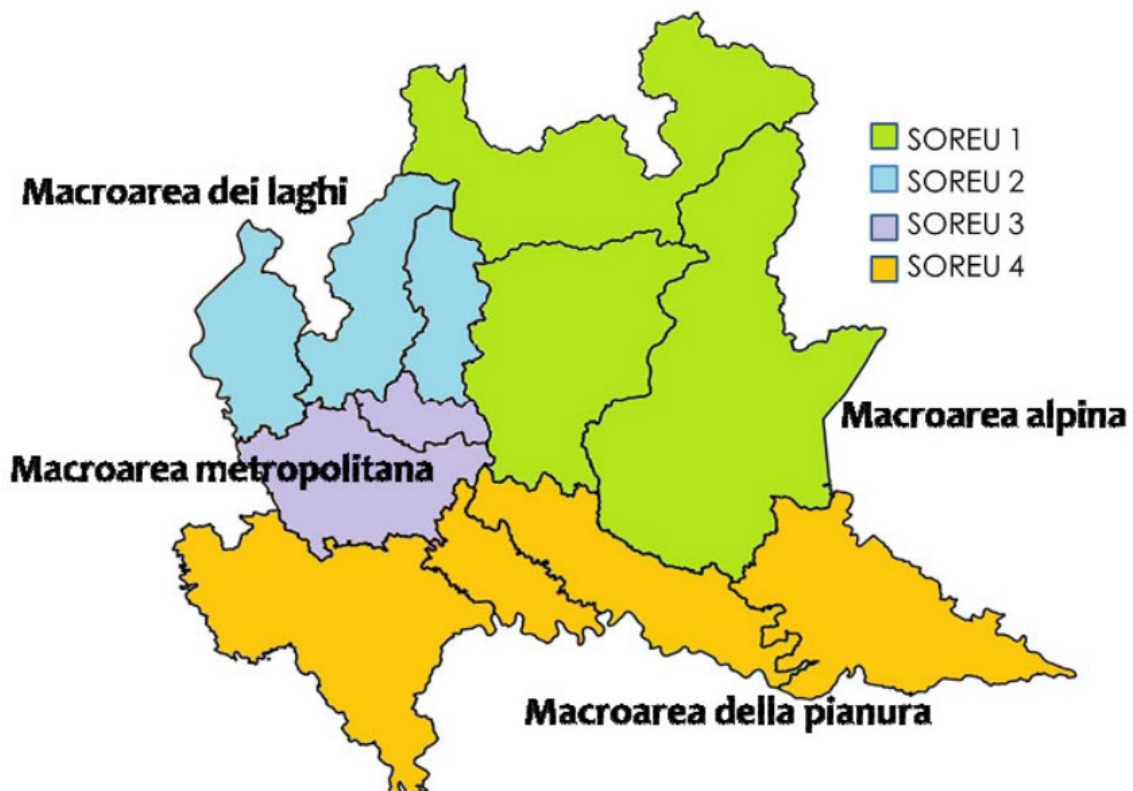
## INTRODUZIONE

In Lombardia, con la riforma del 2015 (LR 23/2015) [I], le ASST vengono a costituire il cambiamento innovativo più rilevante, incorporando poli ospedalieri in una rete assistenziale con un'unica direzione generale che dovrebbe garantire la presa in carico del malato in un modo coordinato e integrato, con un unico sistema di erogazione articolato tra i diversi presidi ospedalieri e/o dipartimenti organizzati per diversi livelli di intensità di cura.

Inoltre sempre nel 2015, il Decreto Ministeriale 70 [II] introduce il concetto di rete assistenziale secondo il modello Hub & Spoke: sottolinea la necessità di sinergie collaborative e sviluppo di sistemi che siano a supporto e integrazione delle attività tra i diversi presidi, stabilendo chiari percorsi di rete per le patologie tempo-dipendenti (stroke, infarto, trauma) con stipula di piani precisi di efficientamento dei trasporti.

In regione Lombardia, il riassetto della rete ospedaliera ha costruito un modello Hub & Spoke basale (ogni singola ASST comprende un ospedale Hub e vari ospedali Spoke) e un modello sovra-ordinato Hub & Spoke intermedio: SOREU della area metropolitana, SOREU della pianura, dei laghi e delle Alpi [1], (Figura 1).

Figura 1 - Aree SOREU Regione Lombardia



## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

L'osservazione della realtà quotidiana mostra come il modello Hub & Spoke intermedio e di base funzioni pur con alcune criticità relative soprattutto al mantenimento dei flussi Spoke verso Hub, più fluidi, che non i flussi Hub verso Spoke.

Purtroppo l'ospedale Hub in quanto in grado di prestare cure più adeguate e sofisticate, è vittima di una costante minaccia di saturazione delle risorse, a cui il sistema risponde con l'attuazione di misure di emergenza step by step per ridurre e nuovamente orientare le attività non di urgenza ed emergenza a sostegno della gestione delle patologie tempo dipendenti. L'ospedale Spoke per contro, non è spesso risolutivo ad integrazione dell'Hub, ma fonte di ulteriore congestione di quest'ultimo.

All'interno della rete complessa delle ASST ci sono molte disomogeneità: non tutti gli Hub sono uguali e nemmeno tutti gli Spoke, dal punto di vista organizzativo, dell'offerta e della risposta alla domanda di assistenza necessitando ulteriori integrazioni e comunicazioni tra loro medesimi. I presupposti per un buon funzionamento di una rete Hub & Spoke sono che «un pronto soccorso funziona bene se l'ospedale funziona bene». I flussi tra Pronto Soccorso (PS) se la comunicazione nella rete funzionasse al meglio sarebbero bidirezionali: l'Hub è una garanzia per lo Spoke in merito alle casistiche più complesse e gravi, lo Spoke dovrebbe rispondere altrettanto tempestivamente ad accettare i pazienti meno critici.

Esiste in realtà un problema "relazionale", tra centri Hub&Spoke, insito nell'organizzazione del servizio di PS che presenta numerose criticità:

- il PS connette il sistema ospedaliero a quello territoriale e quindi raccoglie le inefficienze e le disfunzioni organizzative di entrambi i sistemi, senza interconnessioni adeguatamente strutturate né in entrata né in uscita;
- il sistema di emergenza ospedaliera è al centro di un contrasto tra le esigenze di un efficace processo aziendale e quelle legate alla assistenza del malato e al professionista sanitario «un ospedale funziona bene se il pronto soccorso funziona bene».
- I PS hanno caratteristiche diverse: frequentemente i piccoli PS offrono mediamente prestazioni che non possono essere "esaustive" per la reale inadeguatezza delle possibilità di diagnosi e cura dell'ospedale in cui sono collocati, mentre, al contrario, nei Pronto Soccorso di ospedali più grandi, il livello di cura è solitamente qualitativamente più elevato se pur l'ascolto dei bisogni minori del cittadino è a volte meno efficace.
- Per quanto esista una diversificazione dei PS per cui il sistema di Emergenza Urgenza territoriale gestito dalla Azienda Regionale di Emergenza Urgenza (AREU) definisce i flussi verso gli ospedali secondo una logica qualitativa del bisogno di assistenza basato sulla ipotetica diagnosi e necessità specialistica, la quota di auto-presentazione ai Pronto Soccorso Italiani è decisamente superiore al numero di persone che si riferiscono ai servizi di emergenza territoriale

La regione Lombardia con la Delibera n° XI/6893 del 5 settembre 2022 [III] che ha posto in esame l'efficientamento del flusso dei pazienti dal PS, dava mandato alla DG Welfare:



## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

- di definire previo confronto con le direzioni aziendali il numero di posti letto disponibili di area medica per i ricoveri da PS;
- di ottimizzare il flusso dei pazienti da PS garantendo l'adempimento alla indicazione ministeriale secondo cui il tempo che intercorre tra l'ingresso in PS e il ricovero nelle aree di degenza sia inferiore alla 8 ore;
- di istituire un bed manager per ogni azienda e un nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica;
- di sviluppare in ogni azienda, grazie ai sistemi informativi, un modulo integrato di *bed board* dinamico che garantisca un cruscotto aggiornato dei posti letto liberi come la previsione di dimissioni in giornata.

Dalle linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute sul piano di efficientamento del Pronto Soccorso [A]: «al momento non è disponibile un unico modello di riferimento per la funzione di bed management in quanto ogni realtà dovrà confrontarsi con le proprie risorse umane, logistiche e tecniche; tuttavia la funzione rappresenta un'espressione di integrazione professionale medico-infermieristica nell'ambito di un team i cui componenti devono possedere le seguenti caratteristiche: la conoscenza approfondita dell'ospedale e la conoscenza delle esigenze operative, al fine di garantire la massima integrazione tra i percorsi di urgenza e quelli programmati. La funzione del bed management dovrà essere declinata in un regolamento che ne evidenzia le modalità operative e le relative attività».

Una riflessione merita anche la proporzione adeguata dell'organico medico nel turno di PS rispetto agli afflussi e la diversa disponibilità in loco di consulenti specialisti e di tecnologia adeguata, perché è dimostrato dalla letteratura [2,3] sui dati di outcome, quanto questi siano conseguenza diretta dei tempi di attesa prolungati in PS che compromettono non solo la qualità delle cure e la sicurezza del paziente ma si dimostrano correlati ad un aumento della mortalità e dei costi sanitari.

Come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, il DM 70 [II] cita (paragrafo 1.3) che è necessario definire « le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico-assistenziale della struttura», e il documento della SIMEU (Società Italiana Medicina d'emergenza-urgenza) [B], definisce gli standard quantitativi del personale sanitario dedicato al PS e suggerisce un impiego flessibile delle risorse in caso di necessità. Inoltre, e di maggiore importanza dopo la pandemia, sono da garantire al personale sanitario degli elementi motivazionali a garanzia qualitativa del loro servizio. [IV]

La proposta operativa di questo contributo è di costituire una cabina di regia per inserire nell'ottica di Hub & Spoke una gestione aziendale anche delle patologie non tempo dipendenti, nella convinzione che questa soluzione renda sempre meno frequente il ricorso a soluzioni emergenziali per liberare, e non saturare, le risorse disponibili alla gestione delle patologie tempo dipendenti, come diceva un caposala di un PS di un grande ospedale PS: «per affrontare al meglio le emergenze devi tenere il PS "sgombro".»

Vuole anche andare ad identificare delle soluzioni concrete al problema della logistica allocativa del malato che non sia demandata a logiche locali: l'ipotesi di questo project management è che l'organizzazione Hub & Spoke è di fatto resa meno efficiente dalla compresente modalità di lavoro a

## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

compartimenti stagni di ogni singolo presidio ospedaliero, con cui si affrontano le patologie non tempo dipendenti e i ricoveri per acuti in ogni singolo PS/DEA e in ogni singola Divisione ospedaliera.

Il presente progetto focalizza le difficoltà dei tre Presidi Ospedalieri sede di PS della ASST Brianza ad integrarsi in una sinergia d'azione, con particolare attenzione al P.O. di Carate Brianza, il più piccolo e disagiato dei tre poli ospedalieri principali.

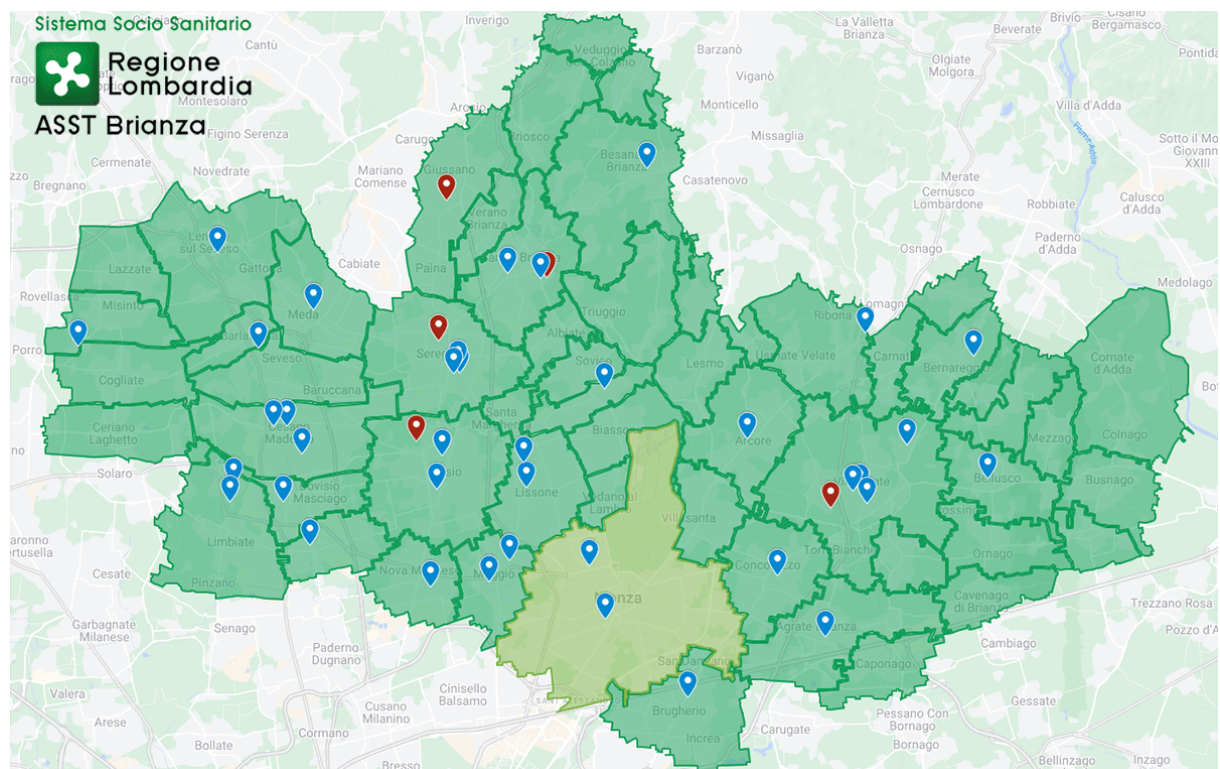
Il *focus* del problema è costituito dalla:

- problematica dei posti letti per i ricoveri urgenti in area medica e la difficile collaborazione di queste tre strutture che lavorano con fatica a soddisfare i bisogni locali e non riescono a coordinarsi in senso aziendale nel ridurre il *boarding*;
- necessità di fornire uno strumento di identificazione del numero risorse mediche preposte alla attività in PS *ex ante*, come condizione intrinseca al funzionamento del sistema di ottimizzazione che si propone il project management negli obiettivi di efficientamento dei flussi da PS con riduzione del *crowding*.

## Premessa descrittiva della realtà geografica ASST Brianza

La ASST Brianza costituita il 1° gennaio 2021, che afferisce a un'unica Direzione Generale. L'ASST della Brianza è inserita nel territorio della provincia di Monza e Brianza, comprende gli ambiti territoriali di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate, ha una superficie di 357 km<sup>2</sup> ed una popolazione di circa 701.480 abitanti. La caratterizzazione della ASST comprende (Figura 2).

Figura 2 - Distribuzione geografica ASST Brianza



## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

### 5 Ospedali:

- Ospedale di Vimercate, sede di Pronto Soccorso DEA I livello
- Ospedale di Desio, sede di Pronto Soccorso DEA I livello
- Ospedale Civile "Vittorio Emanuele III" di Carate Brianza, sede di Pronto Soccorso
- Ospedale "Trabattoni Ronzoni" di Seregno a carattere riabilitativo
- Ospedale Carlo Borrella di Giussano sede di Polo Territoriale con all'interno l'Hospice

### 1 Polo Territoriale in cui sono individuabili diverse strutture territoriali

- Hospice di Giussano
- Ambulatori territoriali di: Arcore, Besana Brianza, Carate Brianza, Cesano Maderno, Lentate sul Seveso, Limbiate, Lissone, Macherio, Meda, Muggiò, Nova Milanese, Seveso, Usmate.
- Struttura territoriale Corberi di Limbiate.
- Consultorio Familiare Pubblico di Arcore, Bovisio, Carate Brianza, Concorezzo, Cesano Maderno, Desio, Lentate sul Seveso, Limbiate, Lissone, Meda, Muggiò, Nova Milanese, Seregno, Seveso, Varedo e Vimercate.
- C.A.L. di Agrate Brianza, Carate Brianza, Cesano Maderno, Seregno.
- C.P.S. di Besana in Brianza, Cesano Maderno, Seregno, Vimercate.
- Ambulatorio psichiatrico di Carate Brianza, Lissone.
- C.D. La Casa di Bernareggio, di Besana in Brianza, di Carate Brianza, di Cesano Maderno e di Seregno.
- Comunità Protetta di Besana in Brianza, ad Alta Assistenza di Meda.
- Comunità Protetta a Media Assistenza di Limbiate, a Bassa Assistenza di Limbiate.
- Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza di Besana in Brianza, Cesano Maderno.
- R.S.D. Beato Papa Giovanni XXXIII di Limbiate.
- U.O.N.P.I.A. di Besana in Brianza, Bovisio Masciago, Cesano Maderno, Desio, Giussano, Lentate sul Seveso, Lissone, Seregno, Seveso, Usmate e Varedo.
- U.O.N.P.I.A. - Centro Diurno di Lissone, Centro Diurno Adolescenti di Besana in Brianza, Centro Residenziale Adolescenti di Besana in Brianza.
- U.O.N.P.I.A. – Centro Residenziale di Desio, Centro Semiresidenziale di Desio.
- U.O.N.P.I.A. di Limbiate.
- N.O.A. di Seregno, Vimercate, S.E.R.T. di Carate Brianza.
- S.E.R.T. di Limbiate.
- C.D.D. - Centro Diurno Disabili di Usmate Velate
- Assistenza domiciliare – cure palliative – CP-DOM

Al fine di sviluppare correttamente il progetto, il contesto di riferimento è stato indagato attraverso una SWOT Analysis il cui risultato è di seguito riportato.

## SWOT Analysis

### Elementi di forza:

1. I presidi ospedalieri sono coordinati, controllati, finanziati e valutati dalla stessa Direzione Generale; questo permette di coinvolgere le medesime figure direzionali senza antagonismi di vertice.
2. Con il DM Balduzzi [IV] e le linee di indirizzo regionali, la creazione di una rete per l'emergenza urgenza e per le patologie tempo dipendenti, ha permesso la costruzione di un modello Hub & Spoke che ha forzato la collaborazione tra i singoli presidi ospedalieri sede di DEA di I livello, di Pronto Soccorso e di punto di pronto intervento;
3. abitudine al confronto e alla stesura con implementazione dei PDTA per le patologie anche non tempo dipendenti;
4. la presenza di diverse specialità nei singoli presidi ospedalieri rende i presidi interdipendenti e non completamente autonomi e autosufficienti, favorendo la relazione.

### Elementi di debolezza:

1. i presidi ospedalieri sono dotati di uno scarso numero di risorse mediche che sono anche distribuite in modo proporzionalmente diverso e con penalizzazione del P.O di Carate, anche rispetto alla attribuzione delle nuove assunzioni che prediligono il DEA di Desio e il Dea di Vimercate.  
L'organico medico presso il P.O di Carate non è sufficiente per coprire il turno di guardia interdivisionale attiva del pomeriggio 7 gg/gg ed è gravato da ore in esubero e giorni di ferie arretrati inestinguibili.
2. Disomogeneità delle strutture tecnologiche tra presidi;
3. la nota macchinosità della burocrazia italiana si riflette anche sulla realtà della ASST: per quanto riguarda il reclutamento del personale il sistema è ingabbiato in regole che non consentono tempi e modi adeguati ad affrontare l'emergenza costituita dalla carenza dei medici. Con il termine della emergenza COVID è venuta anche meno la facilitazione della stipula di contratti anche a termine.
4. Le caratteristiche geografiche del territorio della ASST Brianza penalizzano l'ospedale più piccolo e con minore dotazione di organico e tecnologia perché molto distante dall'Ospedale di Vimercate Hub di fatto per la maggior parte delle patologie anche non tempo dipendenti, ma DEA di I livello. L'Ospedale di Desio, anch'esso DEA di I livello è stato fortemente penalizzato nel corso degli ultimi anni quando si trovava nella stessa ASST di Monza, quindi non di sufficiente supporto all'Ospedale di Carate nella gestione dei ricoveri in urgenza. Nella ASST Brianza manca un DEA di II livello. L'Ospedale di Carate pur essendo sede di un Pronto Soccorso, non ha nemmeno tutte le determinanti definite nel DM 70/2015 per un ospedale sede di Pronto Soccorso.
5. Nella ASST non ci sono strutture ospedaliere private possibili *competitor*, poi notoriamente l'area medica è di scarsa attrattiva per la sanità privata. Tuttavia una disaffezione da parte dei pazienti verso le strutture pubbliche locali, può comportare una fuga dei pazienti stessi verso ospedali delle vicine metropoli (Monza e Milano) con conseguente sovraffollamento e saturazione di risorse pubbliche ivi allocate.

## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

6. i protocolli per l'organizzazione dei trasporti non sono contestualizzati alle criticità attuali che vedono difficile l'organizzazione di un equipaggio per la scarsità di risorse presso il P.O. di Carate. [V]
7. Per il reperimento di risorse mediche la ASST Brianza ha dovuto stipulare delle dispendiose convenzioni con privati per la copertura dei turni di Pronto Soccorso e degli anestesisti. A livello aziendale sono anche state proposte le "manifestazioni di interesse" come tentativo di reclutamento del personale per i turni disagiati con scarso richiamo, ed emessi dei contratti Co.Co.Co. non concorrenziali rispetto ai compensi. Si aggiunge l'incapacità di vedere nella *job rotation* del personale sanitario una possibilità di miglioramento della efficienza aziendale che favorirebbe lo sviluppo delle risorse e maggior collaborazione, oltre che rappresentare un metodo di efficientamento aziendale e anche un "salvagente" nel caso di situazioni di emergenza lavorativa.

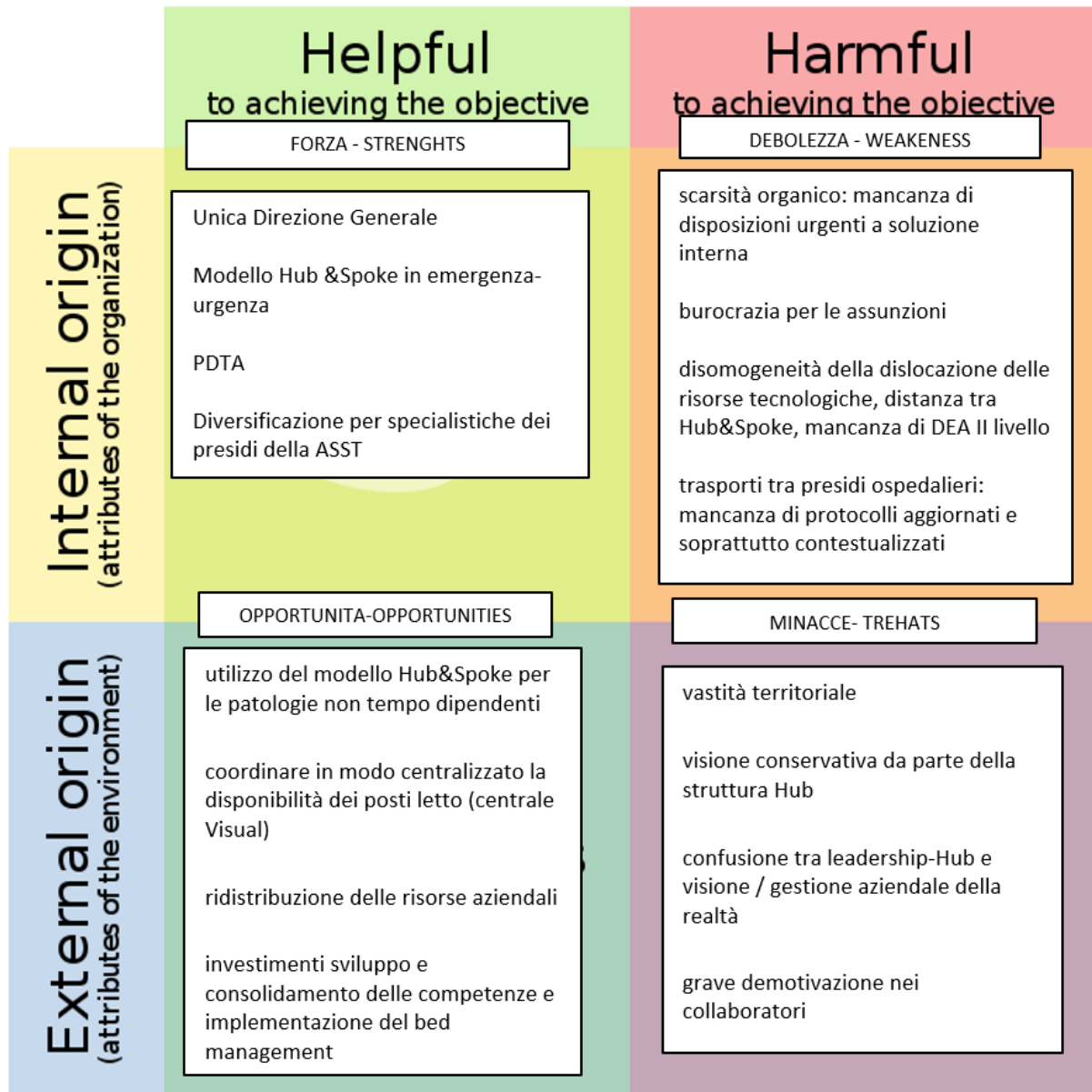
### Elementi di opportunità:

1. la componente 2 della missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) [C, D] promuove l'innovazione e la digitalizzazione del servizio sanitario nazionale che può essere applicata nel caso dell'ASST Brianza per costruire e implementare una centrale *Visual* per la gestione dei posti letto a livello aziendale;
2. grossa attenzione dell'opinione pubblica locale che si esprime con raccolta fondi, pressione politica, e attraverso media, affinché siano mantenuti gli standard organizzativi, strutturali e di risorse organiche e di tecnologie che garantiscano adeguati livelli di cure. In particolare di recente l'Ospedale di Desio è stato oggetto di forti pressioni dell'opinione pubblica e delle forze politiche locali a sostegno di un profondo rinnovamento.
3. Il Ministero della Salute, economia, finanza e della pubblica istruzione intervengono unanimemente ad incrementare l'accesso alle scuole universitarie sanitarie e specialistiche [E].
4. La presenza di una rete Hub & Spoke è una facilitazione al confronto e al coordinamento delle attività sanitarie che si può tradurre in un vantaggio anche per le patologie non tempo dipendenti

### Elementi di minaccia:

1. la ASST Brianza presenta una vastità territoriale tale da rendere particolarmente difficoltosa la realizzazione di una rete clinica ampia che abbracci fabbisogni diversificati, adottabili per lungo periodo ed applicabili a popolazioni e ambienti enti mutabili;
2. la ASST comprende diversi comuni e quindi può essere difficile conciliare politiche differenti;
3. visione conservativa da parte della struttura Hub;
4. leadership spesso basata sulla grandezza dell'ospedale;
5. tendenza alla "cannibalizzazione" degli ospedali più piccoli con grave demotivazione degli operatori sanitari;
6. mancanza di informazione sugli investimenti economici offerti dall'Europa per la realizzazione del PNRR [C] e ritorno a politiche di *spending review* con ulteriore riduzione del personale sanitario in fuga dal servizio sanitario nazionale: meno medici sempre più oberati di lavoro con turni sempre più pesanti, crea una spirale perversa che porta alla fuga.

Figura 3 - SWOT Analysis per il contesto di riferimento



## 1. OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Di fronte alla complessità crescente delle necessità assistenziali e alla iperspecializzazione che ha portato alla frammentazione della risposta al malato, gli ospedali Spoke dovrebbero essere oggetto di investimento e centralizzazione di adeguate risorse e competenze cliniche di livello maggiore. Il grado di complessità clinica da corrispondere realmente non è ridotto, anzi sempre più elevata rispetto agli obiettivi di performance che l'Hub cerca di realizzare, e lo Spoke poi deve tradurre e contestualizzare in loco in un progetto di cura adeguato. Obiettivo strategico è dare un servizio più unitario, creare una risposta alle esigenze del malato come "mission aziendale" secondo una logica condivisa, non frammentaria ed anarchica.

Le relazioni tra Hub & Spoke dovrebbero essere una rete a più livelli di intervento e con maggiore integrazione e condivisione di tutte le risorse all'interno della stessa ASST, nel principio di un'economia e non sperequativa dispersione secondo logiche unitarie ed autoreferenziali.

La mia visione è disegnare in una vera unità clinica l'ASST Brianza con un unico Pronto Soccorso Aziendale, in cui predomini la visione unitaria rispetto alla visione parcellare.

La proposta operativa di questo progetto vorrebbe fornire uno strumento di ottimizzazione del flusso dei pazienti dal PS che sia centralizzato e sincronizzato all'offerta dei posti letto, passando da una logica push ad una logica pull di segnalazione della disponibilità di posto letto. Questo strumento è posto a facilitare e standardizzare la comunicazione ottimizzando la ricerca/assegnazione del posto letto e di trasporto del malato.

In una situazione oltretutto di carenza di organico grave, si dovrebbe pensare ad una sorta di "governo tecnico" del problema del funzionamento ed efficientamento delle tre realtà diverse di PS e pensare anche ad una presa in carico "aziendale" della turnistica dell'area di emergenza – urgenza. Di conseguenza, si definirebbe la suddivisione delle risorse mediche secondo una logica di erogazione di un servizio, con una attribuzione prevalente a un presidio, ma che deve prevedere la possibilità di attribuzioni ad altri presidi in emergenza operativa. Questa soluzione migliorativa dell'efficienza aziendale, che proviene dal concetto di *job rotation*, creerebbe le condizioni di una migliore collaborazione tra sanitari e crescita professionale.

La spinta motivazionale, anche con incentivo economico a lavorare per la "propria azienda", potrebbe essere una risposta che se adeguatamente ricercata, andrebbe a ridurre anche la necessità attuale di reperire risorse mediche esterne tramite convenzioni con altri ospedali o cooperative.

Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

## 2. DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

L'organizzazione sanitaria che si vuole implementare attraverso questo progetto è centrata sul malato, sulla promozione integrata della qualità assistenziale in termini di efficacia, efficienza, sicurezza e appropriatezza in uniformità alla sostenibilità economica.

Facilitando una soluzione allocativa adeguata del malato, si andranno a semplificare i percorsi, ridurre anche le prestazioni che devono seguire una logica di concentrazione non di dispersione, e unitamente all'ampliamento delle competenze: si concentreranno gli interventi utili senza "copioni" non necessari di unità di prestazioni e prodotti.

I beneficiari primi vorrebbero essere i malati ma non solo.

Un sistema meglio organizzato e strutturato con competenze trasversali imparziali e "*super partes*", rende più lineari i rapporti tra le strutture all'interno della stessa azienda con una migliore definizione della *mission* dell'Hub & Spoke e una facilitazione delle relazioni e dei compiti tra le figure sanitarie.

Considerando le difficoltà non solo a reperire risorse mediche ma soprattutto al contenimento necessario della spesa sanitaria, bisogna trovare il sistema di concentrare gli investimenti e sfruttare al massimo le risorse e le competenze che si hanno a disposizione, promuovendo anche un cambiamento in ordine di investimento qualitativo/quantitativo e di priorità.

Ulteriore destinatario del progetto vuole essere l'ospedale Spoke di Carate della ASST Brianza, come oggetto di riqualificazione, eliminando sul medesimo l'aggettivo di "*wicked problem*" con cui è vissuto all'interno della rete aziendale.

L'intervento procedurale si applicherà ai tre PS aziendali e alle strutture di degenza ordinaria inizialmente del dipartimento medico e di accettazione emergenza-urgenza, non saranno coinvolte le degenze di area critica e per le patologie tempo-dipendenti.



### **3. METODOLOGIA ADOTTATA**

1. Introduzione e analisi di contesto:

- 1.1 Descrizione ASST con posti letto dei presidi
- 1.2 Modalità organizzativa dei Pronto Soccorso aziendali
- 1.3 Problema dei trasporti
- 1.4 Monitoraggio dei flussi in Pronto Soccorso e indicatori di sovraffollamento
- 1.5 Boarding - Ruolo dei Bed Manager e coordinamento Bed management aziendale

2. Formulazione e valutazione fattibilità:

- 2.1 Descrizione del progetto, implementazione del processo, fasi e tempistiche
- 2.2 Analisi dei costi di implementazione o realizzazione
- 2.3 Risultati attesi (indicatori)

## 4. ANALISI DI CONTESTO

### 4.1 Descrizione ASST Brianza con posti letto area medica dei presidi e PS

Il Presidio ospedaliero di Vimercate, di recente costruzione, è organizzato per intensità di cura modulare, si estende su una superficie di 116.000 mq. e conta circa 1.200 dipendenti. Il Presidio è dotato di n. 489 posti letto di cui 46 di day hospital, con una media/anno di 17.000 ricoveri ordinari e day hospital; circa 1.400.000 le prestazioni ambulatoriali, circa 10.000 gli interventi chirurgici (di cui 6.300 in regime di ricovero e 3.700 in day service ambulatoriale).

- Area Medica e delle Specialità Mediche: Pneumologia, Cardiologia e U.T.I.C. con Emodinamica ed Elettrofisiologia, Medicina Generale, Nefrologia e Dialisi, Neurologia, Oncologia, Pediatria e Patologia Neonatale, Psichiatria.
- Il Pronto soccorso di Vimercate conta 75.000 presentazioni annue con una media giornaliera di oltre 200 accessi; è strutturato con un'area OBI di 8 posti letti, 21 barelle/letti tecnici, una medicina ad alto turnover di 8 posti letti che comprende anche OBI geriatrica. I posti letto totali per ricoveri da PS sono 282 (numero su cui si calcola l'indicatore di affollamento).

Il Presidio Ospedaliero di Desio, si estende su un'area di 7.000 m<sup>2</sup> e conta circa 1000 dipendenti e; è organizzato su 9 piani più 1 seminterrato, per una volumetria complessiva di 135.000 m<sup>2</sup>. Il 12 marzo 2000 è stato inaugurato il nuovo blocco sanitario dell'Ospedale di Desio, comprendente il nuovo Pronto Soccorso, le Sale Operatorie, la Cardiologia, l'Unità Coronarica, la Rianimazione e il Laboratorio Analisi e Biochimica. Il Presidio è dotato di n. 300 posti letto e 37 di day hospital, con una media/anno di 12.700 ricoveri ordinari e 1283 di day hospital; circa 1.300.000 le prestazioni ambulatoriali e circa 8.500 gli interventi chirurgici (di cui 1.700 in regime di day service ambulatoriale). Il Presidio di Desio è articolato nelle seguenti Strutture sanitarie: Area Medica e delle Specialità Mediche: Cardiologia e U.T.I.C. con Emodinamica, Medicina Generale, Nefrologia e Dialisi, Neurologia, Oncologia, Pediatria e Neonatologia, Pronto Soccorso, Psichiatria.

- Il Pronto Soccorso di Desio conta 68.000 presentazioni ogni anno con una media giornaliera di oltre 180 accessi; è strutturato con un'area OBI di 6 posti letto, 8 barelle/letti tecnici. I posti letto totali per ricoveri da PS sono 141 (numero su cui si calcola l'indicatore di affollamento).

Il Presidio di Carate Brianza nel 2019 si configura rappresentato in totale da 157 posti letto (accreditati) totali con associato l'Ospedale di Seregno per interventi di riabilitazione (81 posti letto accreditati) con un punto nascita 19 culle e 13 posti di Day Hospital. Il Presidio di Carate è articolato nelle seguenti Strutture sanitarie: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia, Cardiologia come servizio ambulatoriale 8-17, Servizio di Anestesia per la Sala operatoria e in guardia attiva con presenza attiva, Punto nascita.

- Il Pronto Soccorso di Carate conta 30000 presentazioni all'anno con una media giornaliera di oltre 80 accessi; è dotato di un'area OBI di 6 posti letti, 10 barelle/letti tecnici. I posti letto totali per ricoveri da PS sono 50 (numero su cui si calcola l'indicatore di affollamento). Il reparto prevalente ricovero da Pronto Soccorso è la Medicina Interna accreditato per 36 posti

letto ma data la carenza di risorse mediche sono fruibili in modo variabile 27 -32 posti letto secondo necessità e affollamento di PS.

## 4.2 Modalità organizzativa dei PS aziendali

Il Dipartimento di Emergenza Urgenza della ASST Brianza è composto da tre PS di cui Vimercate con DEA I Livello, Desio con DEA I Livello e Carate Brianza con Pronto Soccorso.

I tre presidi sono interdipendenti per alcune specialistiche, per esempio, la Psichiatria con allocazione a Desio, la chirurgia toracica con allocazione a Vimercate. L'ospedale di Carate manca di specialistiche salvo il chirurgo, l'ortopedico presenti h24 in consulenza, il cardiologo consulente dalle 8 alle 17:00 solo nei giorni feriali, l'anestesista di sala operatoria, quindi un presidio strettamente interdipendente dagli altri due. Come DEA di II livello l'azienda fa riferimento all'IRCCS di Monza e all'ASST Niguarda Ca' Granda.

Ogni PS della Azienda ha un bed manager in loco, in contatto con gli altri colleghi, che si interfacciano telefonicamente ogni giorno per la gestione dei ricoveri e dei posti letto.

Nella realtà quotidiana le difficoltà allocative dei malati che non hanno attribuzione specifica per specialità (esempio cardiologica, neurologica, chirurgica toracica, nefrologica) o che non trovano soluzione nella specificità per mancanza di posto letto, si ripercuotono sui letti di area medica il cui tasso di liberazione dipende dagli assetti funzionali e organizzativi/relazionali con il PS del presidio in prima istanza.

L'organico medico nell'ospedale di Vimercate è autonomo, a Desio parzialmente dipendente per qualche turno dai medici di area internistica. L'Unità Operativa dell'ospedale di Carate è l'unico esempio nell'azienda di area medica che per necessità deve essere autosufficiente in prima risposta alla domanda dell'utenza in Pronto Soccorso per due motivi:

- l'organico che gestisce i posti letto di degenza medica è lo stesso che dedicato alla copertura dei turni di Pronto Soccorso.
- da luglio 2022 per carenza oggettiva anche dell'organico chirurgico, al medico internista è stato dato il ruolo di "medico unico" di pronto soccorso senza formazione sulla parte chirurgica specifica, che è stata mantenuta in consulenza per favorire e mantenere attiva la parte di sala operatoria.
- mancando di specialistiche, dal Presidio di Carate è difficile inviare i pazienti nelle aree specifiche negli altri presidi perché manca un consulente in loco diretto che "spinga" l'allocazione migliore del paziente. Solo per i casi cardiologici urgenti essendoci un cardiologo consulente per qualche ora al giorno, il percorso è più lineare, ma solo per le patologie tempo dipendenti.
- Purtroppo:
- non sono stati strutturati sufficienti percorsi a sostegno, facilitazione e soluzione delle problematiche cliniche che coinvolgono il medico di Pronto Soccorso;
- si aggiunge la mancanza di personale amministrativo nel PS di Carate.
- Caratteristiche aggravanti che diversificano i tre presidi sono anche la struttura, la non proporzionata dotazione organica rispetto al numero di prestazioni giornaliere di PS, la diversa

## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

dotazione tecnologica che non li rende equipollenti nella possibilità di affrontare in uguale modo le emergenze maggiori né nel farsi carico delle patologie minori.

Una esemplificazione di come è coperta la turnistica medica in guardia attiva nei tre presidi in Pronto soccorso nelle 24 ore. (Tabella 1).

Dalla analisi dei dati relativi al mese di gennaio 2023 di dimissione dal pronto soccorso rispetto al codice colore e numerico dei tre PS Aziendali e alle modalità di dimissione, si evincono questi numeri:

- sommando la casistica in emergenza/urgenza che afferisce e rapportandola al numero dei casi transitati dal PS nel mese abbiamo queste percentuali relative alla gravità clinica:
  - Vimercate con 930 pazienti gravi/ 5758 pazienti totali = 16% (Figura 4 A)
  - Desio con 821 pazienti gravi / 5150 pazienti totali = 15% (Figura 5 A)
  - Carate con 327 pazienti gravi / 2505 pazienti totali = 13% (Figura 6 A)
- guardando il numero dei pazienti trasferiti dai tre PS, indicatore di performance dell'ospedale nella capacità di gestire la complessità clinica della casistica che afferisce, abbiamo queste percentuali rispetto al totale dei transitati:
  - Vimercate effettua 35 trasferimenti / 5758 pazienti totali = 0,05 % (Figura 4B)
  - Desio effettua 33 trasferimenti /5150 pazienti totali =1 % (Figura 5 B)
  - Carate effettua 54 trasferimenti / 2505 pazienti totali = 2,1 % (Figura 6 B)

Le considerazioni emergono sono che la casistica non differisce in modo sostanziale rispetto ai totali nella sua gravità clinica, mentre differiscono molto le capacità di gestione della acuzie tra il PS di Carate rispetto a Desio e Vimercate e questo si riflette anche nella esigenza di maggiori trasferimenti. Tale evidenza dovrebbe corrispondere all'avere dei processi di allocazione del malato perlomeno facilitati sia nella tempistica rispetto alla presentazione, che nella effettiva realizzazione tramite un'organizzazione efficiente dei trasporti.

Tabella 1 - Schema di organizzazione attuale di turnistica nei PS aziendali e risorse mediche dedicate

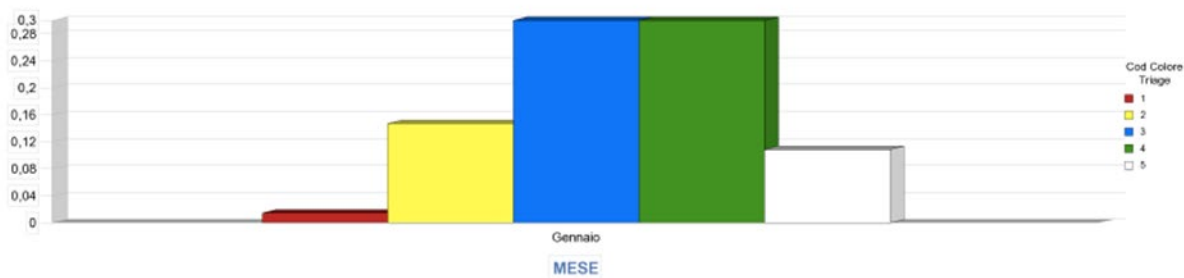
<b>TURNO</b>	<b>Presidio Carate</b>	<b>Presidio di Desio</b>	<b>Presidio di Vimercate</b>
<b>MATTINO</b>	1 medico unico in PS	3 medici internisti 1 chirurgo	3 internisti 1 chirurgo
<b>POMERIGGIO</b>	1 medico unico in PS di guardia anche sul reparto di medicina interna	2 medici internisti + 1 OBI fino alle 16 1 chirurgo	3 medici internisti 1 chirurgo
<b>NOTTE</b>	1 medico unico in PS di guardia anche sul reparto di medicina interna 1 medico internista reperibile per emergenze trasporti e sovraffollamento	2 medici internisti 1 chirurgo	2 medici internisti 1 chirurgo

Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

Figura 4A - Dati numerici codici di Emergenza-Urgenza presso l'Ospedale di Vimercate

**PRESIDIO OSP. VIMERCATE - P.S.**

Triage	Gennaio	Totale
1 EMERGENZA	84	84
2 URGENZA	846	846
3 URG DIFFER	2.264	2.264
4 URG MINORE	1.940	1.940
5 NON URG	624	624
<b>Totale</b>	<b>5.758</b>	<b>5.758</b>

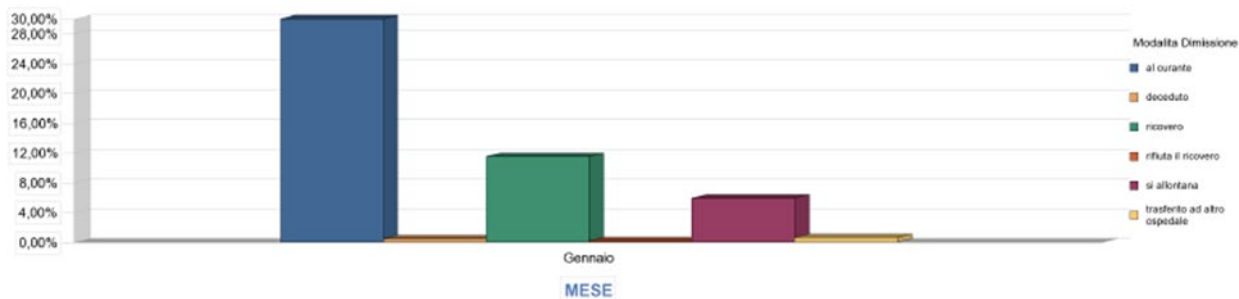


Fonte: elaborazione aziendale ASST Brianza (Gennaio 2023)

Figura 5B - Dati numerici relativi alla tipologia di dimissioni da PS presso l'Ospedale di Vimercate

**PRESIDIO OSP. VIMERCATE - P.S.**

Modalità Dimissione	Gennaio	Totale
al curante	4.682	4.682
deceduto	27	27
ricovero	663	663
rifuta il ricovero	11	11
si allontana	340	340
trasferito ad altro ospedale	35	35
<b>Totale</b>	<b>5.758</b>	<b>5.758</b>



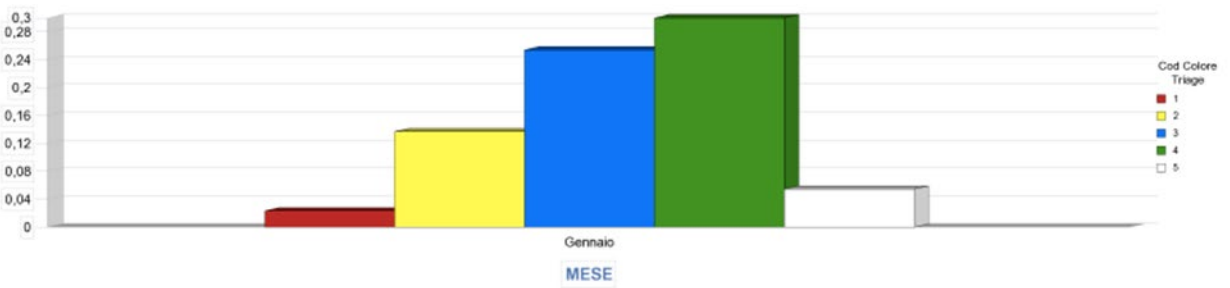
Fonte: elaborazione aziendale ASST Brianza (Gennaio 2023)

Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

Figura 5A - Dati numerici codici di Emergenza-Urgenza presso l'Ospedale di Desio

**PRESIDIO OSP. DESIO- P.S.**

Triage	Gennaio	Totale
1 EMERGENZA	119	119
2 URGENZA	702	702
3 URG DIFFER	1.307	1.307
4 URG MINORE	2.743	2.743
5 NON URG	279	279
<b>Totale</b>	<b>5.150</b>	<b>5.150</b>

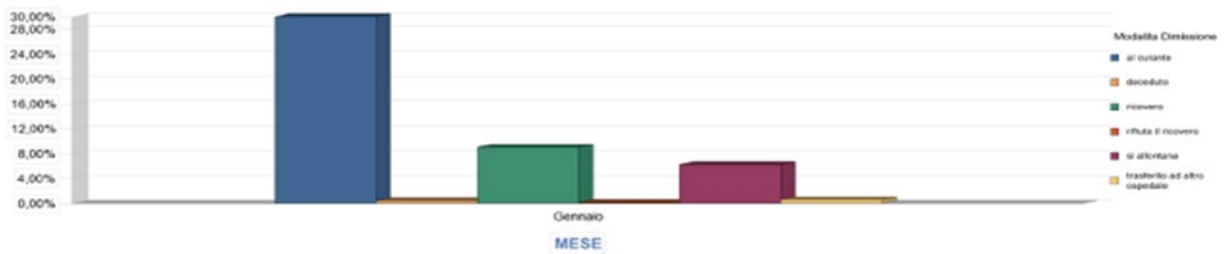


Fonte: elaborazione aziendale ASST Brianza (Gennaio 2023)

Figura 5B - Dati numerici relativi alla tipologia di dimissioni da PS presso l'Ospedale di Desio

**PRESIDIO OSP. DESIO- P.S.**

Modalità Dimissione	Gennaio	Totale
al curante	4.302	4.302
deceduto	24	24
ricovero	465	465
rifiuta il ricovero	7	7
si allontana	322	322
trasferito ad altro ospedale	30	30
<b>Totale</b>	<b>5.150</b>	<b>5.150</b>



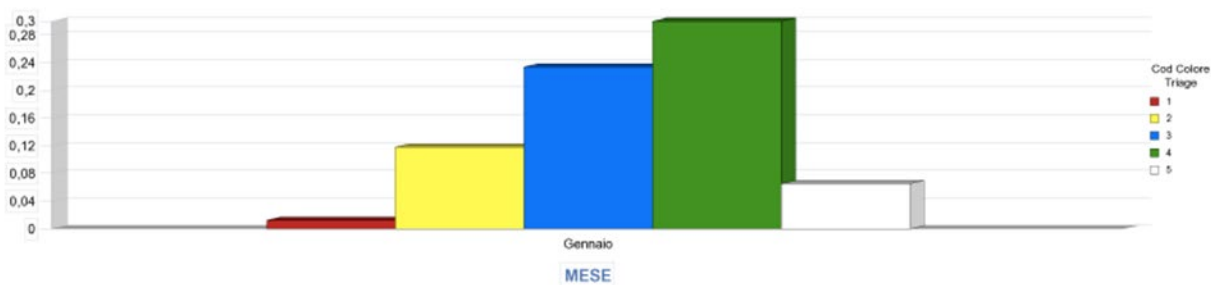
Fonte: elaborazione aziendale ASST Brianza (Gennaio 2023)

## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

Figura 6A - Dati numerici codici di Emergenza-Urgenza presso l'Ospedale di Carate

### PRESIDIO OSP. CARATE - P.S.

Triage	Gennaio	Totale
1 EMERGENZA	31	31
2 URGENZA	296	296
3 URG DIFFER	586	586
4 URG MINORE	1.429	1.429
5 NON URG	163	163
<b>Totale</b>	<b>2.505</b>	<b>2.505</b>

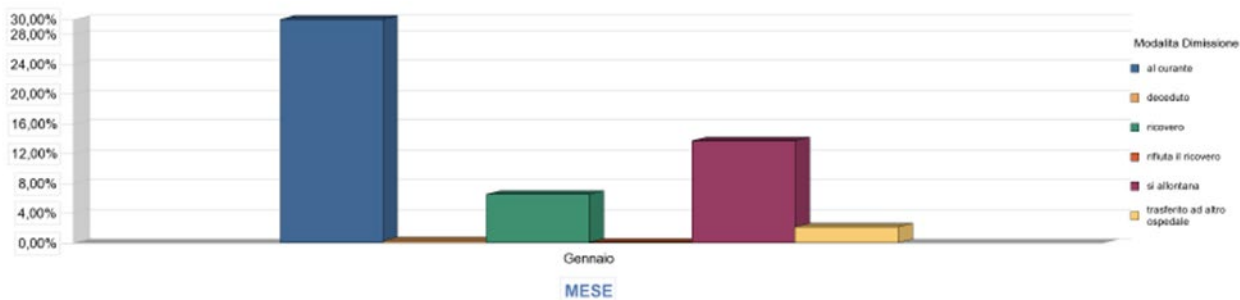


Fonte: elaborazione aziendale ASST Brianza (Gennaio 2023)

Figura 6B - Dati numerici relativi alla tipologia di dimissioni da PS presso l'Ospedale di Carate

### PRESIDIO OSP. CARATE - P.S.

Modalità Dimissione	Gennaio	Totale
al curante	1.936	1.936
deceduto	7	7
ricovero	163	163
rifuta il ricovero	2	2
si allontana	343	343
trasferito ad altro ospedale	54	54
<b>Totale</b>	<b>2.505</b>	<b>2.505</b>



Fonte: elaborazione aziendale ASST Brianza (Gennaio 2023)

### 4.3 Il problema dei trasporti

Sappiamo essere stata già stanziata una spesa complessiva pari a 1,41 miliardi di euro entro il secondo semestre del 2026 per il rinnovamento della dotazione esistente [C] e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari (progetto già avviato) [C], ma le realtà per l'ASST Brianza è difficile.

Le caratteristiche territoriali e organizzative della ASST Brianza vedono nel sistema dei trasporti una necessaria risorsa al soddisfacimento dell'efficienza del servizio. Le criticità maggiori riguardano i trasporti in emergenza tra i tre presidi e i DEA di II livello limitrofi a garanzia del percorso per il malato. I protocolli aziendali definiscono nei dettagli le dinamiche di trasporto ma non sono stati aggiornati ai cambiamenti intercorsi negli anni dalla loro emissione riguardo agli organici, che quindi li rendono inattuabili in certi specifici contesti:

- Il protocollo aziendale PODP 976 P15019 869 [6], redatto nel 2015, stabilisce le caratteristiche dell'equipaggio da dedicare al trasporto secondario, definendo secondo gravità clinica e competenza delle classi di evolutività quando e quale medico deve accompagnare il malato, esempio: per la classe III E: previsto il trasporto con medico rianimatore + infermiere dedicato trasporto o medico specialista e infermiere dedicato trasporti

Tale, è irrealizzabile in un contesto assistenziale modificato nel tempo come il P.O. di Carate:

- manca l'internista da dedicare a questo ruolo nelle ore pomeridiane, manca il consulente cardiologo che di fatto è occupato in altra attività istituzionale se pur disponibile per consulenza, non si può pretendere che vada l'anestesista se non è indicato da un quadro emodinamico e/o di periarresto e/o patologia tempo dipendente con instabilità clinica.
- la delibera aziendale di convenzione con AREU [V] salvo per le patologie "tempo dipendenti", stabilisce anch'eccezioni delle soluzioni per il trasporto secondario che non trovano realizzazione nel P.O. di Carate perché manca la possibilità di avere un equipaggio interno, con il medico che accompagni per esiguità di risorse al mattino e per assenza della risorsa nel turno pomeridiano.

### 4.4 Il monitoraggio dei flussi in PS e indicatori di sovraffollamento

Ogni giorno da SOREU Metropolitana si riceve la fotografia del monitoraggio di quanto accaduto nelle 24 ore precedenti riguardo ai pazienti transitati e gestiti nei PS con un'identificazione tramite colore dell'indice di affollamento e occupazione delle risorse. (Figura 7)

Tale indicatore è un numero derivato da questa formula:  $85.8 (C/A) + 600 (F/B) + 13.4(D) + 0.93(E) + 5.64 (G)20$

dove le variabili in lettere considerano:

- A: somma numero posti letto PS
- B: numero posti letto ospedale per il Pronto Soccorso ad esclusione dei letti di pediatria/neonatologia, ostetricia/ginecologia e OBI
- C: numero totale dei pazienti in PS (pazienti in sale visita+ pazienti in corridoio + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione +pazienti in attesa triage)
- D: numero pazienti "one to one" ad impatto consumo di risorse, esempio ventilati con respiratore



## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

- E: tempo di attesa massimo per ricovero in ore dei pazienti in boarding
- F: numero totale di pazienti in attesa di ricovero (pazienti in boarding)
- G: tempo di attesa massima da Triage (dell'ultimo paziente chiamato)

Riflessioni ed analisi del monitoraggio giornaliero: sono realmente confrontabili le realtà se teniamo conto che a Vimercate il turno è coperto da 4 medici con tutti gli specialisti presenti in loco 24/24 h, Lo stesso vale per Desio, contro la realtà di Carate dove è presente un unico medico per valutare gli accessi e mantenere l'osservazione dell'OBI e della guardia interdivisionale nelle ore pomeridiane e notturne?

1. Se guardiamo le ore 13 del giorno 14 dicembre: i 10 malati in attesa di ricovero che sono nei locali di PS quanto possono essere osservati e rivalutati all'occorrenza da un unico medico a Carate rispetto agli 11 pazienti di Desio in gestione a tre medici internisti e un chirurgo fisso, e ai 13 pazienti con tre medici internisti e un chirurgo fisso coompresenti di Vimercate?
2. Come l'indicatore NEDOCS può essere davvero traduzione di un sovraffollamento se non tiene conto delle diversità organizzative dei presidi e delle risorse mediche che sono dedite alla attività di PS?

Questo dato del sovraffollamento su indice NEDOCS permette di far scattare una serie di misure a livello di centrale operativa e locale, ma di fatto calibrandolo sullo staff medico, tale misura darebbe reale compensazione al sostenimento dei flussi e maggiore tutela del paziente oltre che del medico operante in turno.

Questo sistema, che si basa sul numero dei pazienti che si presentano, è pesato per i grandi centri non per i piccoli ospedali.

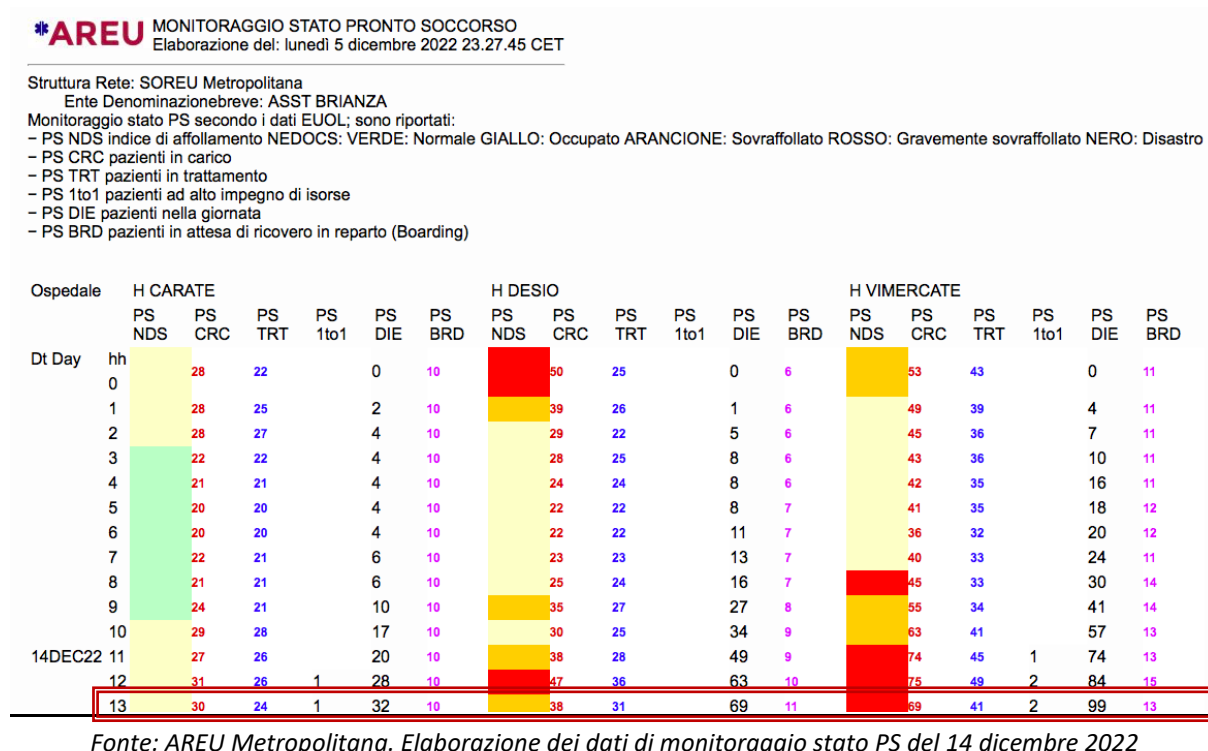
Lo score NEDOCS dovrebbe essere per lo meno rapportato al numero di medici che gestiscono per turno il numero di flussi, considerando poi anche la diversità organizzativa dei singoli presidi.

Il corretto dimensionamento del PS rappresenta un tema chiave della progettazione sanitaria a livello internazionale. La determinazione di una dimensione appropriata del PS in relazione al volume di accessi e alla proiezione di quello futuro diventa fondamentale se c'è capacità di valutare e prendersi carico (numero e formazione delle risorse): il calcolo deve essere differenziato per l'attività di visita medica e per l'OBI e deve tenere conto della necessità di personale amministrativo per lo svolgimento di attività non medica.

Questi aspetti si riflettono sulla gestione del *boarding* (cura e assistenza dei pazienti che stazionano in PS in attesa di ricovero ospedaliero urgente) che assorbe risorse e interferisce con lo svolgimento delle attività nell'area di PS. Il boarding ha conseguenze negative sull'efficacia e sull'efficienza degli ospedali, così come sul gradimento da parte dei pazienti e sulla sicurezza operativa degli operatori.

## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

Figura 7 – Monitoraggio dei flussi nei tre PS aziendali (Carate, Desio, Vimercate)



## 4.5 Boarding: il ruolo dei Bed Manager e il coordinamento aziendale del Bed Management

Il *boarding* rappresenta la criticità maggiore di tutti i PS, determinata principalmente dall'incapacità da parte dei reparti di assorbire i pazienti da ricoverare dal PS è oggetto di grossi piani di intervento regionali. La mancanza di posti letto in un reparto di degenza dipende da molti fattori oltre a quello di una disponibilità di posti letto inferiore alle necessità prevedibili per le cure in urgenza. I letti possono essere relativamente insufficienti per ritardi o cattiva organizzazione delle dimissioni, per insufficiente personale che vi lavora, per ritardi nell'organizzazione del turnover dei posti letto (pulizie, tempi di chiamata, tempi di attesa ambulanze per trasporti), per l'incapacità di affrontare con soluzioni transitorie i picchi di domanda di ricovero.

Ad aggravare il sovraffollamento in Pronto Soccorso, in misura minore, ma non trascurabile, vi sono i ritardi legati ai tempi di uscita dal Pronto Soccorso dei pazienti dimessi.

Il controllo delle uscite dall'ospedale e quindi dei ricoveri, può essere migliorato adottando un sistema gestionale centralizzato delle dimissioni sia ospedaliere che dal PS, in modo da coordinare le dimissioni secondo anche le esigenze del PS, motivo di introduzione della figura del bed manager e anche di un coordinatore del Bed management.

Nella azienda ASST Brianza il ruolo del bed manager è complesso: ci sono tre bed manager, uno per ogni presidio sede di Pronto Soccorso ed esiste un bed management di coordinamento che è rappresentato dal Direttore del Pronto Soccorso di Vimercate. Solo a livello centrale (Presidio di Vimercate) hanno in visione su documento cartaceo la situazione giornaliera dei posti letto la cui gestione definitiva è centralizzata, ma segue una logica prioritaria locale, a giustificazione, il fatto che

Vimercate è anche il Pronto Soccorso più grande della azienda e con maggiore affluenza. La fotografia della situazione dei posti letto viene redatta dai bed manager ad orario fisso al mattino e ridefinita solo a fine mattinata, ma rappresenta una fotografia statica e non dinamica della situazione.

La modalità di relazione telefonica, via mail tra i bed manager e le strutture dove si cerca il posto letto, sono vincolate da eccessiva burocratizzazione (invio una prima relazione di richiesta, attendo risposta, segue relazione più dettagliata e poi anche un contatto telefonico tra le parti), che non mira alla efficienza e linearità del processo quanto più a trovare difficoltà e dettagli per “respingere” la richiesta più che attrarla.

Le considerazioni che rendono difficile la gestione del posto letto di area medica sono:

- se il malato ha una possibile patologia prevalente (nefropatia, cardiopatia, neuropatia) più facilmente accede in area specialista dal PS laddove esiste lo specialista consulente presente in loco (Presidio di Desio e Vimercate);
- il malato che rimane di competenza internistica, problema per tutti gli ospedali, dipende dalla liberazione dei posti letto di area medica che a loro volta hanno degli obiettivi di efficientamento che non vengono “sentiti” con prodigalità verso il pronto Soccorso, a meno di dividerne la copertura dei turni. Avendo eliminato il turno di “Medicina accettante” con lo sviluppo della figura del medico di emergenza urgenza e creato degli organici autonomi, l’efficienza dei reparti di medicina interna segue una logica sicuramente slegata dalle necessità impellenti del PS.
- Il posto letto in area medica di fatto non esiste in termini di fruibilità aziendale ma segue una logica locale e quindi ognuno deve risolvere il problema per sé medesimo rispetto alla affluenza presso il proprio PS;
- il dialogo tra i bed manager alla ricerca di una soluzione di posto letto si svolge appunto tramite relazioni inviate via mail soprattutto dall’Ospedale di Carate che non dispone di specialisti interlocutori in loco, e quando possibile con scambio telefonico tra il medico unico di pronto soccorso di Carate oberato dai flussi perché da solo, e la controparte medica che vuole descrizione della situazione del malato che poi spesso non prende.
- Il problema del PGS (piano di gestione del sovraffollamento) della ASST Brianza [5]: documento scaduto (2016) e con indicatori di “alert” del sovraffollamento non validi rispetto ai flussi attuali di PS, alle modifiche strutturali e soprattutto di organico medico intercorse dal 2016. Gli indicatori sono soprattutto non pertinenti in quanto non descrittivi dello status organizzativo aziendale del Presidio di Carate messo in essere da luglio 2022 (medico unico).

Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

## 5. DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Il progetto prevede la creazione di una centrale operativa con strumenti di *visual management* per l'ottimizzazione dei ricoveri dai tre principali presidi ospedalieri della ASST Brianza, sedi di PS: P.O. di Vimercate, P.O. di Desio, P.O. Carate.

Il visual management origina dalla strategia *Lean* [4] che è una nuova modalità che contravviene alla visione a compartimenti stagni dell'organizzazione classica, per garantire un sistema dove sia il percorso di cura del paziente a definire le dinamiche gestionali da mettere in atto. In questo modo la presa in carico del paziente non dipenderà più dai singoli reparti ma dai percorsi assistenziali condivisi. Percorsi che non dipendono più a livello gerarchico del dipartimento specifico ma che rappresentano il concatenarsi di prestazioni che nella loro globalità organizzata trasversalmente descrivono l'iter terapeutico e assistenziale del paziente condividendone il piano di cura.

La costituzione di una centrale *Visual Office* renderebbe possibile avere in tempo reale la disponibilità di tutti i posti letto aziendali, permetterà ai bed manager dei vari presidi e al suo coordinatore medico di avere una funzione centralizzata di supporto alla gestione snella del flusso dei pazienti in attesa di ricovero urgente in risposta al problema del sovraffollamento cronico.

Il sistema inoltre potrà verificare e tracciare la programmazione delle dimissioni delle principali strutture di interesse (area internistica, neurologica cardiologica, chirurgica) permettendo quindi al bed management di assegnare i pazienti secondo ordine di priorità di arrivo o clinica come da indicazione dei medici di PS, oltre a schedare e sincronizzare i ricoveri in sinergia con la centrale dei trasporti aziendale.

L'integrazione tra il Pronto Soccorso e i reparti non solo avviene nel momento della disponibilità del posto letto, ma anche attraverso il monitoraggio del percorso clinico del malato all'interno del periodo di ricovero. La centrale Visual potrà agevolare eventuali disfunzionamenti che ritardano le dimissioni nei singoli reparti attraverso lo strumento informatico del Piano per Ogni Paziente (P4EP= plan for every patient), (Figura 8). Il sistema quando implementato porterebbe alla evidenza delle criticità organizzative di processo che possono prolungare la permanenza del paziente andando progressivamente a ridurre le attese "non a valore" nel percorso di degenza ospedaliera.

Il piano per ogni paziente quando diventa uno strumento di lavoro dinamico e visibile fa in modo che il medico curante debba formalizzare il percorso di cura cercando di prevederne la durata, impostando entro le prime ore del ricovero il piano diagnostico terapeutico e modificando la prevista durata della degenza man mano che il ricovero procede individuando le cause dello scostamento tra quella che era la previsione della durata del ricovero e la sua realtà effettuale. Su questo scostamento il bed management può intervenire aiutando il medico di reparto secondo una logica trasversale (esempio sollecito di una visita specialistica, sollecito di un esame diagnostico): il posto letto è una risorsa fondamentale per tutto il funzionamento dell'ospedale.

Il processo deve essere informatizzato e reso visuale attraverso l'uso di un software dedicato il cui modulo per il "bed bord dinamico" consenta la visualizzazione rapida e aggiornata del numero e dell'orario delle disponibilità di posto letto per il PS dichiarate dai reparti di tutta la ASST, dello stato e della posizione del paziente nel processo di ricovero/dimissione, nonché informazioni utili ai trasportatori o al reparto di destinazione tra cui un eventuale rischio infettivo o la necessità di ausili e presidi specifici.

## 5.1 Il sistema Visual: caratteristiche e applicazioni

Per sistema *visual* si intende una gestione a vista applicata ai processi che permette di visualizzare mediante semplici strumenti gli stati di avanzamento dei processi, rendendoli visibili agli attori stessi di processo. Obiettivo fondamentale è dunque quello di rendere istantaneamente fruibili tutte le informazioni legate allo stato di avanzamento del processo mettendo in particolare in luce le possibili criticità che si generano, potendole dunque "aggredire" in tempo reale.

Il sistema si articola su questi punti:

1. utilizzando un piano dinamico per la pianificazione e la gestione delle risorse letto e delle disponibilità di reparto: ogni reparto fornisce la disponibilità di posto letto in anticipo rispetto alle dimissioni dando evidenza al Pronto Soccorso i letti disponibili e l'orario
2. le informazioni sono condivise e trasversali per migliorare la interazione riducendo le chiamate e rendendo più trasparenti le disponibilità letti: il PS gestisce in modo proattivo il ricovero conoscendo le disponibilità future
3. le disponibilità sono condivise in tempo reale e modificabili in corso d'opera in funzione delle variazioni giornaliere: comprendere flussi e trend nell'ottica di dare maggiore efficienza
4. la configurazione è calata sui processi e sul reparto, fornisce diversi tipi di interfacce e visibilità a seconda del processo gestito. Questo soprattutto favorisce il trasporto con una pianificazione potenziale più anticipata dei trasferimenti
5. il processo è tracciato nelle sue fasi in modo da identificare le criticità e promuovere il miglioramento

## 5.2 Fasi di implementazione del progetto

### Prima Fase

- Presentazione del progetto: il presupposto principale deve essere la comprensione fondamentale di cambiare la logica del lavoro accettando la "trasparenza" dei dati a sistema come un valore necessario al flusso organizzativo, quindi un cambio notevole di mentalità rispetto alle logiche attuali consuete localistiche e *pro domo propria*.
- Identificazione del fornitore del sistema di visual management;
- verifica dei flussi di malati che transitano nei PS aziendali e del flusso dei ricoveri da PS;
- organizzazione di un gruppo di lavoro che formalizzi le modalità di bed management attraverso l'applicazione del sistema visual. La creazione di un gruppo di lavoro dovrebbe costituire il

## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

primo e importante passaggio per ovviare alla mancanza di coordinamento dei singoli presidi ospedalieri e alla disomogeneità delle risorse sia umane che tecnologiche.

- Il gruppo di lavoro trarrà la sua forza dal fatto che il documento prodotto dovrà essere approvato dal Direttore Generale unico della ASST e dalla Direzione Medica e rispondere agli indirizzi aziendali, regionali e nazionali;

Il gruppo di lavoro dovrebbe essere costituito da:

1. rappresentante della Direzione Medica Aziendale
2. un rappresentante per ogni Direzione Medica di Presidio (3 totali)
3. un esperto di Visual Office
4. rappresentante del SITRA
5. i bed manager dei tre PS
6. coordinatori infermieristici dei reparti di medicina Interna, medicina d'Urgenza della ASST
7. coordinatori infermieristici dei tre PS
8. un responsabile dei trasporti
9. un addetto ai servizi informatici

### Seconda Fase

- prevedere una visita del gruppo di lavoro presso un ospedale dove sia già in funzione il sistema Visual
- oggetto del documento saranno le analisi di percorso su cui lavorare (*fish analysis*):
  - il flusso dei malati in PS che prevede l'analisi di percorso fino alla dimissione o ricovero con tutte le criticità (esempio, Figura 9)
  - il flusso dei malati all'interno dei reparti (di area medica) con analisi del P4EP con verifica dei punti di "snodo" del percorso clinico fino alla dimissione. (esempio, Figura 10)
- la centrale operativa avrà da implementare quindi due interfacce Visual (percorso PS e percorso reparti di degenza) con la visualizzazione in tempo reale e trasparente della disponibilità dei posti letto e delle fasi dei processi sopracitati;
- il documento prodotto dovrà creare un assetto organizzativo che sia valorizzato come opportunità per un efficientamento nella gestione dei ricoveri ospedalieri a livello aziendale superando la visione conservativa da parte della struttura Hub e modificando l'attuale confusione per cui la *leadership* è basata sulla grandezza della struttura in assenza di una visione complessiva aziendale.
- Il documento dovrà essere presentato alla Direzione Generale, il gruppo di lavoro dovrà poi presentare il documento ai sanitari coinvolti nel processo di ricovero dei malati;
- la presentazione del progetto e delle interfacce dinamiche che si propongono deve essere coadiuvata dal fornitore scelto

### Terza fase

- Inizio della formazione del personale:
  - bed manager e 1 figura medica responsabile del bed management (preferibilmente della Direzione Sanitaria);
  - referenti caposala dei reparti di degenza con almeno 1 medico e 1 infermiere case manager per ogni Unità operativa interessata all'implementazione del processo;
  - referenti caposala dei PS con 1 infermiere di riferimento;
  - responsabile organizzatore del servizio dei trasporti aziendale e dei 3 presidi
  - responsabile dei trasporti
- la fase di formazione prevede la discussione della applicazione nella realtà locale della dinamicità del sistema e verifica delle prime criticità: coordinamento dei trasporti, saturazione non coordinata dei posti letto di area medica, ritardi di comunicazione della liberazione dei posti letto;
- la fase di rodaggio prevede l'implementazione contemporanea del "applicativo in PE e del P4EP nei reparti di degenza in modo da favorire il monitoraggio visivo del programma pensato sulla situazione del malato all'arrivo in degenza, le criticità di percorso, verificando cosa determina l'eventuale scostamento rispetto al previsto (inesatta valutazione dei problemi, complicanze durante la degenza, inefficienza di sistema).

### 5.3 Tempistiche

Il periodo di formazione del personale prevede circa un mese di tempo: 4 giornate di incontro.

Il periodo di rodaggio dalla messa in opera alla verifica prevede un arco temporale di 2 mesi.

Il personale formato costituirà un pool aziendale di formatori sul campo ai colleghi delle unità operative protagoniste dell'avvio del processo e successivamente delle aree in cui si potrà implementare il sistema.

Figura 8 – P4EP esempio di scheda per la rilevazione del progetto sul paziente e pianificazione della dimissione

N° Ricovero \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Compilato da \_\_\_\_\_

<p>provenienza paziente (X)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• PS</li><li>• domicilio</li><li>• Territorio</li><li>• Altra U.O. _____</li></ul>	<p>Data ammissione ___/___/___ Ora ammissione _____</p> <p>Medico Dr. _____</p>
<p>previsione dimissione data dimissione ___/___/___ ora prevista dimissione _____</p>	
<p>Effettiva dimissione data dimissione ___/___/___ ora prevista dimissione _____</p>	<p>Destinazione dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• altra U.O.-</li><li>• altro H</li><li>• Domicilio</li><li>• RSA</li><li>• Hospice</li><li>• Riabilitazione</li><li>• Decesso</li></ul>
<p>Previsione confermata (per data e ora) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>se non confermata barrare una causa: (elenco sotto)</p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Anticipo dimissione</li><li>• Assenza/ritardo esame diagnostico</li><li>• Complicanze cliniche</li><li>• Decesso</li><li>• Dimissioni volontarie</li><li>• Lettera di dimissione</li><li>• Mancanza di supporto familiare</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parente non rintracciabile</li><li>• Ritardo arrivo parente</li><li>• Territorio/servizi sociali</li><li>• Trasporti</li><li>• conferma orario (se trascurabile la differenza tra orario previsto e orario effettivo)</li></ul>
<p>Note</p> <hr/> <hr/> <hr/>	



## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

Figura 9 – Analisi di percorso clinico-diagnostico dal momento del ricovero alla dimissione)

Fish analysis Reparto Degenza : P4EP

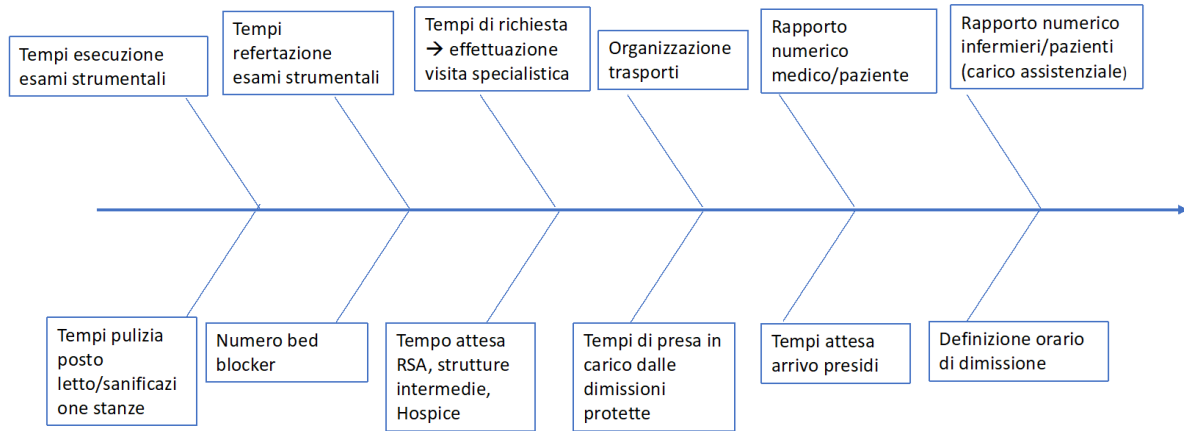
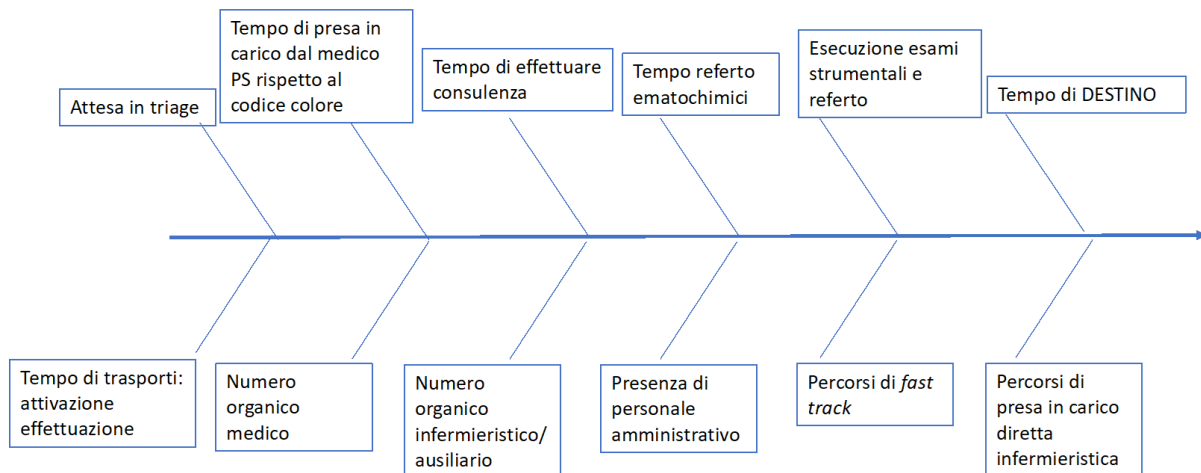


Figura 10 – Analisi di percorso dall'arrivo in PS alla dimissione da PS o ricovero ospedaliero

Fish analysis: Percorso in PS



Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

## 5.4 analisi dei costi di implementazione e realizzazione

### Centrale Visual

Primo passaggio necessario approvazione della Direzione che ha guardato positivamente al progetto e ha condiviso la finalità.

- costo della centrale Visual e dei sistemi applicativi (redazione P4EP e visualizzazione del bed board dinamico, come anche le chiusure dei posti letto temporanee)
- costo del programma e installazione del sistema con acquisto di monitor, televisori
- costo del supporto informatico
- costo dei formatori esperti
- costo delle giornate di formazione dei sanitari

Alla copertura di tutti questi costi: previsione totale spesa 70-90 mila euro dove la variabile è il gruppo di persone da formare.

Da tenere presente che si dovrebbe poter accedere al finanziamento previsto dal PNRR che stanziava una spesa pari a 1,45 miliardi di euro per la digitalizzazione dei DEA di I e II livello entro il primo trimestre del 2024. [C]

### Organico Medico

In questo momento storico di grave carenza di organico medico a livello nazionale è molto difficile anche trovare partecipazione numericamente adeguata nei concorsi per reperire il personale sanitario, soprattutto in certe zone della Lombardia e per certe realtà ospedaliere, i concorsi non hanno addirittura iscritti. Proposta di questo progetto a sostegno del lavoro in PS come punto nevralgico di tutti gli ospedali è costituire un *pool* unico di medici per la parte internistica e di medicina d'urgenza, che vengano suddivisi nella turnistica dei tre PS aziendali.

Con l'Ufficio Risorse Umane si dovrebbe fare un calcolo delle risorse mediche necessarie e disponibili in azienda a coprire tutti i turni di PS nell'obiettivo di avere un organico unico di PS con redistribuzione dello stesso a prevalenza ma anche variabile sede, secondo necessità presso uno o l'altro presidio:

- un turno giornaliero Mattino, Pomeriggio, Notte prevede per la sua copertura efficiente 5 unità mediche comprensivo a considerazione del riposo e ferie della risorsa medesima, quindi:
  - per coprire un turno di PS di Carate ci vogliono 5 medici d'urgenza /internisti + 1 medico OBI
  - per coprire un turno di Desio ci vogliono 15 medici d'urgenza /internisti + 1 medico OBI
  - per coprire un turno a Vimercate di vogliono 15 medici d'urgenza /internisti + 1 medico OBI

Questo significa avere un organico unico dedicato alla copertura dei turni aziendali dei tre PS almeno di 38 unità.

Se si riuscisse a ragionare in termini di organico unico aziendale da dedicare alla copertura dei turni di PS, cercando di limitare la "capillarizzazione" e le logiche di afferenza locali, si troverebbe sicuramente soluzione al problema delle risorse di organico medico. L'organico di area del dipartimento d'urgenza e medico-specialistico dedicabile per un tempo limitato all'urgenza storica attuale e da redistribuire in modo proporzionale in aiuto nelle situazioni più difficili, in una azienda come l'ASST Brianza, esiste numericamente e potenzialmente adeguato.

## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

Il cambiamento di mentalità necessario può essere favorito inizialmente da incentivi economici che l'azienda può stimolare al suo interno aprendo e favorendo la partecipazione a manifestazioni di interesse, motivando a partecipare per il sostegno dell'azienda in quanto funzionale al mantenimento di tutto il sistema.

Favorendo una job rotation, ridistribuendo i professionisti all'interno delle varie unità operative secondo prioritaria necessità nei vari PS aziendali, si configurerebbe un maggiore contenimento dei costi, consentirebbe di ottimizzare le risorse a disposizione senza gravare eccessivamente sul budget aziendale, per esempio facendo di questo un obiettivo di budget per le aree appartenenti al dipartimento medico e di emergenza-urgenza. Salvo i costi relativi al compenso per i turni extra orario istituzionale prestati in PS, che sono stati recentemente ridefiniti, ci sarebbe un risparmio oggettivo sicuramente sulle convenzioni esterne oggi esistenti: un esempio attuale di spesa che l'azienda sostiene è la convenzione per il PS di Carate di 8 turni al mese di 6 ore, che garantisce l'IRCCS di Monza con costo 17.280 euro.

Facendo un'analisi delle risorse effettive disponibili e dislocabili sicuramente, sarebbero da valutare se ancora necessarie le convenzioni di esternalizzazione del servizio che soprattutto nell'area della emergenza-urgenza espongono a disomogeneità del medesimo e mancanza di sicurezza operativa.

Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

## RISULTATI ATTESI

Le domande a cui rispondere per valutare i risultati sono:

### 1. Cosa ci si aspetta e cosa fare meglio?

La creazione di una centrale Visual consentirà di ridurre i tempi di *boarding* con beneficio sia in termini di outcome che di comfort per il paziente.

Ci attendiamo quindi una riduzione dei tempi di ricovero da PS, una riduzione del numero delle barelle presenti in pronto soccorso, un miglioramento dell'outcome per alcune patologie tempo dipendenti non inserite in una specifica rete per patologie (come la sepsi, *Golden hours bundle*) con maggiore intensità di cure (antibiotici, monitoraggio fluidi) e riduzione della mortalità.

### 2. Cosa fare di nuovo (o di diverso)?

La centrale *visual* interverrà anche sul piano per ogni paziente degente rendendo più veloce il superamento di eventuali carenze organizzative nel percorso diagnostico (ad esempio agevolando l'esecuzione urgente di esami per dimissione o intervenendo su eventuali dimissioni protette in attesa attivazione servizi territoriali ADI, in attesa presidi, in attesa ambulanza per domiciliazione).

Ci aspettiamo quindi che l'indicatore degenza media migliori con l'intervento della centrale Visual e il monitoraggio di bed management.

### 3. Cosa NON fare più?

Incrementare la logica *pull* rispetto alla logica *push* e quindi riducendo la necessità di dedicare molto tempo in protrate ricerche telefoniche del posto letto.

Non succederà più di dover "pietire" il posto letto presso l'Hub perché un unico PS in un'unica azienda supera la logica localistica verso una visione "glocalistica" (globale + locale) aumentando la soddisfazione professionale degli operatori coinvolti che si potrebbe misurare attraverso questionari mirati forniti prima e dopo l'intervento.

Le variabili quantitative o i parametri qualitativi che possiamo usare come possibili indicatori da monitorare sono diversi.

Possiamo comunque meglio esplicitare e suddividere gli indicatori per area di pertinenza:

#### Indicatori di PS:

- tempo di permanenza del paziente in PS (length of stay- LOS)
- tasso di ricovero da PS, totale e stratificato per area di presa in carico
- numero di pazienti in boarding in area medica con un LOS superiore alle 12 ore
- tempo medio di boarding in area medica
- numero di pazienti presenti in OBI alle ore 8 con un LOS > 44 ore
- numero percentuale di pazienti che lasciano il PS prima della visita

## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

- numero di ricoveri da PS ritenuti inappropriati segnalati in relazione ai giorni effettivi di ricovero
- saturazione degli erogatori post-PS (visite specialistiche, rivalutazioni a breve distanza)

### **Indicatori di degenza:**

- numero di posti letto attivi al netto di minime variazioni giornaliere (esempio per isolamento)
- aderenza nel fornire giornalmente, anche nei giorni festivi i posti letto al PS entro le ore 12
- degenza media
- degenza mediana
- tasso di saturazione
- numero di pazienti con dimissione entro i 4 giorni
- aderenza al P4EP in particolare con indicazione della data di prevista dimissione entro le 72 ore dall'ingresso in reparto presso le degenze ordinarie
- numero dei ricoveri urgenti gravati da arresti di percorso determinati per esempio dalla attesa di esami o di trasferimento
- numero dei *bed-blocker* per: attesa di RSA, struttura intermedia, Hospice
- numero di dimissioni con attivazione di prestazioni domiciliari, o attesa di presidi
- tempo di erogazione delle prestazioni diagnostiche-strumentali e consulenze
- saturazione degli erogatori post-ricovero

### **Indicatori di sovraffollamento del PS:**

Il numero di giornate di sovraffollamento in PS, classificando gli accessi secondo soglie percentili sulla base della distribuzione degli accessi dell'anno precedente:

- bassa affluenza = presenze < 25° percentile
- media affluenza = presenze comprese tra 25° e 75° percentile
- alta affluenza = presenze tra 75° e 90° percentile
- straordinario iper-afflusso = presenza > al 91° percentile

La tipologia di sistema che si implementerà darà disponibili alcuni degli indicatori citati, secondo le caratteristiche del programma installato (esempio, Tabella 2):

- la disponibilità di posti letto in area medica sarà valutata tramite: tasso di utilizzo dei letti assegnati, i trend settimanali (concentrazione di dimissioni in certi giorni della settimana), i livelli di assistenza che possono influire sull'andamento clinico, le modalità di gestione dei flussi;
- il monitoraggio e analisi della attività nella U.O. di Medicina sarà effettuato tramite: la verifica se per mancanza di posto letto si effettuano ricoveri in appoggio in altri reparti di degenza; la valutazione dell'utilità di una "admission room" ed una "discharge room" per facilitare la riduzione dei tempi di boarding e di liberazione fisica del posto letto; tasso di saturazione dei letti di degenza, bed blocker; degenza media e mediana; verifica del P4EP con pianificazione della dimissione all'ingresso in reparto e previsione della durata del ricovero; monitoraggio del

## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

tempo necessario di ricovero e valutazione dello scostamento rispetto al preventivato;  
programma di follow-up per anticipare la dimissione;

- il monitoraggio della appropriatezza dei ricoveri da PS sarà verificato con: valutazione della casistica, delle giornate di ricovero; utilizzo appropriato delle aree OBI; utilizzo delle possibilità di dimissione da PS con programma di attivazione dimissioni protette o rivalutazione ambulatoriale.

Tabella 2 - Indicatori qualitativi e quantitativi

INDICATORI	PARAMETRI DA MONITORARE	PS	REPARTI	LIBERAZIONE POSTO LETTO
<b>DISPONIBILITA' POSTI LETTO IN AREA MEDICA FORNITI DA OGNI STRUTTURA</b>	Tasso di utilizzo dei letti assegnati dai reparti al PS	X		
	Trend settimanali	X	X	
	Livelli assistenziali nella degenza		X	X
	Gestione/misurazione flussi ricovero-dimissione	X	X	X
<b>ORGANIZZAZIONE DI UN NUCLEO AZIENDALE E BED MANAGER PER LA GESTIONE DI: analisi e monitoraggio dell'attività delle U.O.di area medica</b>	monitoraggio appoggi su altri reparti		X	
	flusso "admission room"	X		
	flusso "discharge room"		X	X
	monitoraggio percorso dimissioni difficili			X
	tasso saturazione area degenza	X	X	
	monitoraggio bed-blockers		X	X
	degenza media e mediana per ogni Unità Operativa		X	
	sviluppo dei piani di degenza e pianificazione del percorso			X
	pianificazione dimissioni in funzione degenza prevista		X	X
	previsione durata degenza al momento del ricovero	X	X	
	monitoraggio nel tempo necessario per il ricovero da PS	X		
pianificazione e monitoraggio dell'utilizzo follow-up con telemedicina			X	
<b>MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI DA PS</b>	monitoraggio dei ricoveri PS inappropriati tramite casistica tracciante	X		
	utilizzo delle aree di OBI	X		
	utilizzo percorso dedicato post PS			X

Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

## CONCLUSIONI

Perché questo argomento come project management?

Riporto questo scambio di mail intercorse tra la sottoscritta, il DS e il Bed Management:

«Gentilissimo DS e dr...

le chiedo se possibile di intervenire in aiuto per questo problema organizzativo: una malata ricoverata qui a... (relazione nella mail in calce), per la quale sarebbe disponibile un posto letto anche oggi in Riabilitazione a S., tale è condizionato dalla mancanza del dispositivo di supporto ventilatorio AIRVO (per O2 ad alto flusso umidificato) per prosecuzione adeguata delle cure oltre alla riabilitazione. Qui a C. ne abbiamo solo uno attualmente in uso per la paziente ma che sfrutterei per un altro malato appena lei trasferibile, bisognerebbe reperire in azienda un dispositivo e renderlo disponibile a S. così che possiamo trasferire la malata e disporre di un posto letto libero per il PS di C.

In attesa di vostro riscontro»

risposta del Bed Management:

«Buongiorno Dr.ssa Gandino  
gradirei non essere in CC in mail che non mi riguardano  
Grazie. Cordiali saluti»

mia risposta:

«Cara Dr... per carità, mi dispiace, ma ti ho messa in indirizzo perché penso al bed management rispetto a cui ho capito tu hai un ruolo fondamentale. Per quanto non di stretta pertinenza, né a te devoluta la soluzione del caso specifico, penso importante, che tu debba essere in copia conoscenza di cosa crei ostacoli alle dimissioni.

Sarebbe utile che i flussi dei malati siano anche resi possibili e facilitati dai flussi delle tecnologie in loro assistenza, quando come in questo caso specifico è reputato necessario.

Non volevo certamente, come sto facendo adesso, rispondendoti, crearti affollamento in posta.

Se inappropriato il mio percorso informativo mi dispiace e mi scuso, ne prendo atto, in ogni caso buon lavoro e buona giornata»

Ho riportato questo scambio di mail perché è in questo contesto lavorativo che è originata in me l'esigenza di capire come uscire da una logica particolaristica per giungere ad una visione più generale del mio lavoro.

L'esperienza vissuta nella ASST dove lavoro, icasticamente tratteggiata, mostra come, lungi da caratterizzare e adattare la funzione di bed management a livello locale, ma vi è stato un mero recepire le direttive solo sulla "carta" senza modificare nella sostanza le modalità di lavoro rimaste tali e quali.

La creazione di una centrale Visual unica informatizzata per la gestione dei posti letto a disposizione del PS affiancata dalla diffusione del P4EP dovrebbe garantire il passaggio da un sistema *push* a una logica *pull* nella gestione del posto letto con superamento di una visione gerarchica valoriale tra Hub



## Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

& Spoke e con un miglioramento di outcome misurabile dal livello di soddisfazione del personale sanitario.

La creazione di una centrale Visual dovrebbe garantire una progressiva visione su scala aziendale anche più corretta delle risorse (umane e tecnologiche).

L'introduzione del sistema di job rotation costituirebbe un'innovativa modifica che porterebbe all'apertura verso la conoscenza delle diverse problematiche aziendali, favorirebbe la collaborazione tra sanitari e soprattutto rafforzerebbe a soluzione di una criticità storica e nazionale, il senso di appartenenza ad un'azienda e maggiore coalizione a sostegno degli obiettivi direzionali e regionali. [7] Con questo progetto si vuole anche aumentare la fiducia dei pazienti verso le strutture pubbliche locali risvegliando in loro valori di sicurezza, serenità e condivisione del loro stato di salute. Lo strumento più efficace per creare questi valori è la dimostrazione sul campo dell'efficienza del servizio offerto.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- I. Legge regionale 23/2015, in materia di sanità. “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33”.
- II. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera.
- III. Delibera n° XI/6893 del 5 settembre 2022 Interventi per l’efficientamento del flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso.
- IV. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 22 maggio 2003. Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza.
- V. Decreto Ministeriale 13 settembre 2012, n. 158 – Decreto Balduzzi “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.
- VI. Delibera n° 557 del 5 agosto 2020. Stipula di convenzione passiva tra la ASST di Vimercate e AREU Regione Lombardia per la gestione dei trasporti secondari urgenti tempo dipendenti.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ferrari AM et al (2011) *Medicina di Emergenza-Urgenza*, Elsevier
2. Berg LM et al. "Association between Crowding and ten-day mortality among patients allocated lower triage acuity levels without need of acute hospital care on departure from emergency department" *Annals of emergency Medicine* 2019; 74(3):345-56
3. Chiu IM et al. The influence of crowding on clinical practice in the emergency department. *Am J Emerg Med* 2018;36: 56-60
4. Miquel S et al. "Improvement of emergency department patient flow using lean thinking" *International Journal for Quality in Health Care* 2018, 30(4), 250–256
5. ASST Brianza Piano di gestione nel sovraffollamento (PGS) dei pazienti urgenti nell'Ospedale di Carate, 2016
6. ASST Brianza Protocollo aziendale PODP 976 P15019: Trasporto interospedaliero nei pazienti adulti, 2015
7. Lewin K (1977) *Antologia di scritti*, Il Mulino, Bologna

Hub&Spoke non come sistema gerarchico ma come modello funzionale condiviso

## SITOGRAFIA

- A. [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3143\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3143_allegato.pdf)
- B. [www.simeu.it](http://www.simeu.it)
- C. [www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute](http://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute)
- D. [www.forumpa.it/sanita/pnrr-e-salute-ecco-cosa-prevede-la-missione-6-opportunita-per-il-sistema-sanitario-nazionale-e-paradigma-one-health](http://www.forumpa.it/sanita/pnrr-e-salute-ecco-cosa-prevede-la-missione-6-opportunita-per-il-sistema-sanitario-nazionale-e-paradigma-one-health)
- E. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it): *“Aumentano le borse di studio a Medicina”*;

