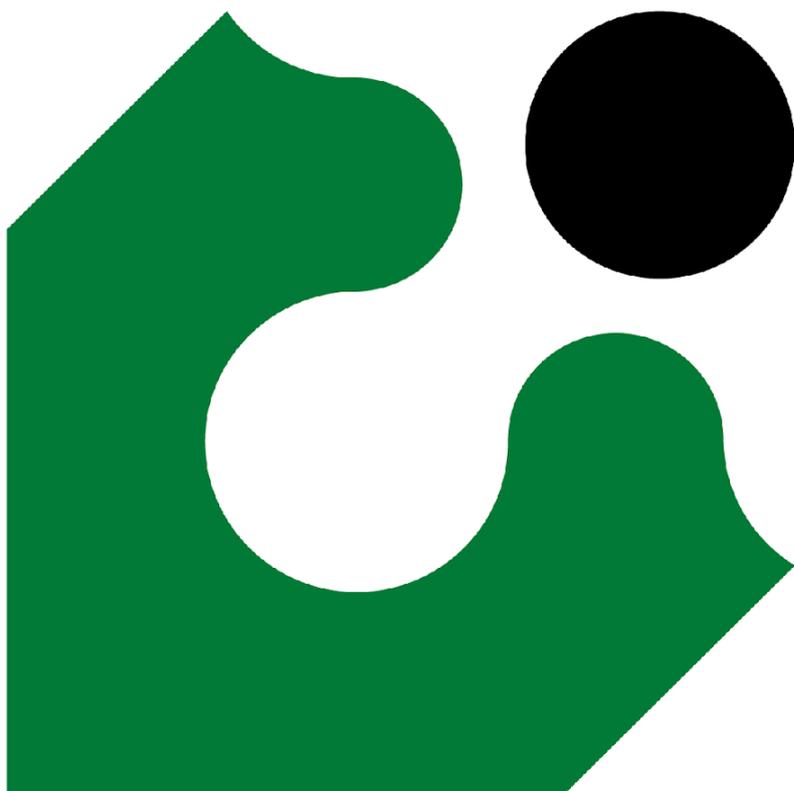


**Efficientamento dei ricoveri in area
medica mediante attivazione precoce di cure
intermedie e Ospedali di Comunità per
ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso**

Paolo Longhi

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

anno 2023/2024



Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione UNIMI DSC 2301/DE

Ente erogatore

Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Paolo Longhi, Direttore di Struttura Complessa Medicina Generale 2, Ospedale Santissima Trinità di Romano di Lombardia ASST Bergamo Ovest, paolo_longhi@asst-bginvest.it

Il docente di progetto

Federico Lega, Professore Ordinario, Università degli Studi di Milano

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega, Professore Ordinario, 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

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	11
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	12
METODOLOGIA ADOTTATA	13
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	14
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	25
RISULTATI ATTESI	26
CONCLUSIONI	27
RIFERIMENTI NORMATIVI	28
BIBLIOGRAFIA	30
SITOGRAFIA	31

INTRODUZIONE

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso.

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso (PS) è problema annoso e ben noto. In diverse analisi in merito è emerso come una delle cause più rilevanti, anche se non certamente la sola, sia quella del boarding, ovvero della tempistica di ricovero dei pazienti dal PS all'area medica per mancanza in quest'ultima di posti letto. Tale carenza è connessa sia alla progressiva riduzione effettiva negli anni di posti letto per acuti in area medica sia all'occupazione impropria e protratta di questi da parte di pazienti che potrebbero essere invece dimessi in pochi giorni, i cosiddetti bed blockers. Varie strategie sono state proposte per superare questo ostacolo come ad esempio la creazione del cosiddetto Infermiere di Processo o bed manager, figura dedicata sia a reperire posto letto per ricovero dei pazienti dal PS sia a seguirne l'intero percorso di ricovero sino alla dimissione dall'Ospedale. La carenza tuttavia di personale infermieristico non permette sempre di trovare una figura da dedicare a tale ruolo esclusivo, soprattutto nei presidi ospedalieri più piccoli. La soluzione che spesso peraltro viene adottata dall'Infermiere di Processo per ricoverare il paziente è quella di occupare posti letto al momento liberi in area differente da quella medica, ad esempio in area omogenea chirurgica (i cosiddetti appoggi), sottraendone evidentemente risorse preziose dedicate magari a ricoveri per interventi programmati, che andranno inevitabilmente rinviati qualora non fosse possibile riassorbire il paziente al più presto Medicina. Altro tentativo di risolvere il problema è stata la creazione di ulteriori posti letto in admission e discharge room. Anche in questo caso si sono celermente palesati alcuni limiti: nella nostra realtà dotata di 26 posti letto, Medicina Generale 2 dell'Ospedale di Romano di Lombardia dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Bergamo Ovest, vengono regolarmente utilizzate sia admission che discharge room ma entrambe sono dotate di pochi posti letto (rispettivamente sei di admission e quattro di discharge) che vengono rapidamente saturati con il risultato di rimandare di poco il problema. L'allocazione delle stesse è poi come spesso accade al di fuori della Divisione di Medicina Generale e richiede pertanto che sia di giorno che di notte venga dedicato personale infermieristico per seguire i pazienti qui ricoverati, con l'ovvia conseguenza di dovere reperire personale aggiuntivo o incentivato extra orario di servizio.

Il fenomeno dei bed blockers.

Il termine "bed-blocker" è stato introdotto nel Regno Unito negli anni Cinquanta e in letteratura solo nella metà degli anni Settanta, per indicare quei pazienti che, una volta terminato il percorso diagnostico terapeutico, continuano ad occupare un posto letto per acuti, spesso in attesa di una sistemazione alternativa (Rubin et al.1975).

Nei primi anni Novanta gli economisti sanitari iniziarono ad usare il termine bed-blocking come esempio di fallimento dell'efficienza ospedaliera, e a tal proposito introdussero il termine "delayed discharge" (Bryan et al.2006) sottolineando il fatto che non sono i pazienti a "bloccare" i posti letto in modo inappropriato, ma è la struttura a non predisporre un adeguato percorso di continuità

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

assistenziale. Il fenomeno, anche se decisamente più sentito in area medica non manca di farsi sentire evidentemente anche in quella chirurgica.

Sono stati condotti in passato studi in vari paesi per valutare l'entità del fenomeno bed blockers e con diversi risultati:

Rubin 1975: 4.8% dei ricoveri complessivi ospedalieri;

Victor 1990: 27% dei ricoveri in medicina, 43% in geriatria, 6% in chirurgia;

Falcone 1991: 3111 paz. complessivi su 80 ospedali, il ritardo medio di dimissione risultava essere 16,7 gg.

Styrborn 1993: 20% in chirurgia, 15% in ortopedia, nel 1992: un totale di 1491 pazienti su 30000 posti letto.

Scott 2000: 1/5 dei posti letto occupati da over 65 erano bed blockers;

Mc Donagh 2000: > 20% uso improprio posti letto complessivi per acuti.

Si è provato anche a caratterizzare questa tipologia di pazienti:

I bed blockers sono soggetti di sesso femminile (Rubin e Davies, 1975) anziani (Rubin e Davies, 1975; Falcone et al, 1991), vivono soli, richiedono un'assistenza sicuramente impegnativa ma cronica e mancano di supporto familiare (Falcone et al.1991), necessitano di una struttura residenziale, presentano comorbidità e in generale uno stato di salute compromesso con necessità di aiuto nelle normali attività quotidiane e deficit cognitivo (Benson et al. 2006). Si tratta quindi di pazienti fragili, pluripatologici, spesso anziani e senza parenti che possano accudirli a domicilio oppure che potrebbero farlo ma che per svariate ragioni non ne sono più in grado, anche se non di rado il paziente sia già attenzionato ai Servizi Sociali competenti e sia già attiva a suo carico un'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Interessante a proposito uno studio recente dei medici internisti appartenenti alla Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti Medicina Interna in Italia (FADOI) secondo il quale, considerando che i ricoveri nei reparti di medicina interna nel nostro paese sono circa un milione all'anno e che almeno la metà di questi sono di over 70, tenendo poi conto che ben oltre il 50% di questi prolunga mediamente di una settimana il ricovero oltre le necessità sanitarie, in tutto sarebbero 2,1 milioni le giornate di degenza in eccesso. Un numero che influisce notevolmente sull'intasamento degli ospedali e che considerando il costo medio di una giornata di degenza pari a 712 euro secondo i dati dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), fanno in totale un miliardo e mezzo di euro di spesa all'anno che si sarebbero potuti investire in altro modo.

Questo studio è stato condotto in 98 ospedali e ha rilevato che, dalla data di dimissibilità del paziente indicata dal medico all'effettiva dimissione dello stesso passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, dai 5 ai 7 giorni nel 39,8% e infine dai due ai quattro giorni nel 28,6% dei casi.

Secondo tale studio il motivo principale sarebbe che il 75,5% dei pazienti anziani rimane impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli a casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare per varie ragioni in una RSA. Il 64,3% protrae il ricovero perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio mentre il 22,4% trova difficoltà nell'attivazione dell'ADI. Tutto ciò si ripercuoterebbe tra l'altro sui Pronto Soccorso provocandone il congestionamento a causa dei pazienti da ricoverare ma senza posto letto nei reparti.

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

Le cure intermedie.

Le cure intermedie (quasi sempre allocate in Residenze Sanitarie Assistenziali o RSA) costituiscono una tipologia di unità d'offerta nella rete sociosanitaria che, con tempistiche definite, è in grado di prendere in carico, assistere in regime di degenza e di assistenza domiciliare, orientare ed accompagnare l'utente fragile e portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale. Le unità d'offerta sociosanitarie di cure intermedie possono accogliere utenti direttamente dal domicilio, dall'ospedale o da tutti gli altri nodi della rete, di norma nella fase di stabilizzazione a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione. Svolgono funzioni di assistere l'utente per completare l'iter di cura, portandolo al miglior stato di salute e benessere possibile, con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita o di accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno. L'utente delle cure intermedie è un soggetto che per il suo recupero e/o per il raggiungimento di un nuovo compenso finalizzati alla dimissione verso il proprio domicilio o a luoghi di protezione sociosanitaria (altre unità d'offerta della rete) richiede degli interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale, che non possono essere erogati al domicilio o in ospedale.

I punti cardine delle unità d'offerta di cure intermedie sono:

- garantire un nodo di forte integrazione nella rete sociosanitaria regionale;
- rafforzare il collegamento con la domiciliarità;
- prevedere ruolo e funzioni del care manager.

La durata massima di degenza va dai 40 giorni per pazienti con minore necessità assistenziali ai 60 giorni + eventuali altri 15 giorni nei pazienti più complessi.

Gli Ospedali di Comunità

All'interno del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 l'Ospedale di Comunità (O.d.C.) veniva definito come una "Struttura dedicata - all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto - al consolidamento delle condizioni fisiche - alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero", quindi, strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere e come modalità di completamento dell'offerta dei servizi di cure intermedie.

Il Patto per la Salute 2014-2016 nel perseguimento degli obiettivi della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e dell'uniformità, equità ed universalità degli interventi sulla salute si occupava anche dell'Ospedale di Comunità, che veniva promosso accanto all'attivazione dell'Hospice ed alle cure domiciliari quale risposta più efficace ai ricoveri inappropriati. Accanto alla tipologia di ricovero, il Patto per la Salute attribuiva l'assistenza medica erogata in tali strutture ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta o altri medici dipendenti e convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale.

Il 20 gennaio 2020 in Conferenza Stato-Regioni veniva sancita l'intesa sull'Ospedale di Comunità e definita una serie di punti organizzativi e strutturali dello stesso:

- definizione: Il Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità, come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. L'O.d.C. è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L'O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Il presente documento definisce i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli O.d.C. pubblici o privati, come indicato dall'art. 5, comma 17, dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 sul Patto per la salute 2014-2016 e in coerenza con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70, allegato 1, paragrafo 10 (Continuità ospedale-territorio) e 10.1 (Ospedali di comunità). Le Regioni e le Province autonome definiscono i requisiti ulteriori per l'accreditamento delle stesse strutture ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.. L'O.d.C. è una struttura pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

- Individuazione della sede: l'O.d.C. può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.
- Posti letto: l'O.d.C. ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. Lo standard di riferimento prevede la presenza di almeno un O.d.C. ogni 50.000 – 100.000 abitanti.
- Target di utenza: possono accedere all'O.d.C. pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche l'aumento di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità. Gli O.d.C. possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture temporanee potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR). Il personale deve essere adeguato al target di utenti per formazione e numerosità. In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di O.d.C. dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

- **Responsabilità:** la gestione e l'attività nell'O.d.C. sono basate su un approccio multidisciplinare, multi-professionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie. La responsabilità igienico sanitaria dell'O.d.C. è in capo ad un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale. La responsabilità gestionale-organizzativa complessiva dell'O.d.C. è in capo ad una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dalla articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale. Analoga figura di responsabile è individuata dalle strutture private. La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a un medico di Medicina Generale (Pediatra di Libera Scelta se O.d.C. pediatrico), oppure a un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il SSN o appositamente incaricato dalla direzione della struttura; per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura. La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze. L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore. I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione. In caso di necessità, l'infermiere attiva la figura medica prevista dai modelli organizzativi regionali. In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'O.d.C sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure di emergenza del presidio ospedaliero.
- **Modalità di accesso:** Per l'accesso all'O.d.C. è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri: diagnosi già definita, prognosi già definita, valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate, programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso). È inoltre auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase di accesso. Questo avviene su prescrizione del medico di Medicina Generale (Pediatra di Libera scelta se O.d.C. pediatrico), del medico di Continuità Assistenziale o dello Specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal Pronto Soccorso, previo accordo con la struttura secondo modalità fissate dalle Regioni. Le modalità di accesso devono essere semplici e tempestive e possono prevedere l'uso di scale di valutazione standardizzate sia per accertare il livello di criticità/instabilità clinica sia per il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente, soprattutto in caso di dimissione da reparto ospedaliero. L'utilizzo di scale di valutazione, opportunamente ripetuto durante la degenza e alla dimissione del paziente, consentirà di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate. Se necessario, in previsione della dimissione dall'O.d.C., potrà avvenire una valutazione multidimensionale da parte dell'equipe territoriale dedicata, per esplicitare eventuali percorsi territoriali post-dimissione del paziente (attivazione di assistenza domiciliare, erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, trasferimento verso altre strutture della rete).

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) del 2021 individua infine gli Ospedali di Comunità quali strutture sanitarie di ricovero breve afferenti alla rete d'offerta dell'assistenza territoriale, destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica. Svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, tipicamente destinato al paziente acuto. L'OdC è quindi dedicato a pazienti che necessitano di assistenza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile al domicilio, con patologia acuta minore o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con prognosi di risoluzione a breve termine e degenza indicativamente di 15-30 giorni. Solo in casi eccezionali e motivati da situazioni cliniche non risolte, potrà essere previsto il prolungamento della degenza.

Il PNRR mette a disposizione un miliardo di euro per realizzare 400 ospedali di Comunità, riservando almeno il 40% delle risorse alle regioni del mezzogiorno (tabella 1):

Tabella 1 – Ospedali di Comunità finanziati dal PNRR, 2022

Regioni e Province Autonome (PA)	PNRR : numero di O.d.C. da realizzare
Piemonte	27
Valle d'Aosta	1
Lombardia	60
PA Bolzano	3
PA Trento	3
Veneto	30
Friuli Venezia Giulia	7
Liguria	10
Emilia - Romagna	27
Toscana	23
Umbria	5
Marche	9
Lazio	35
Abruzzo	10
Molise	2
Campania	45
Puglia	31
Basilicata	5
Calabria	15
Sicilia	39
Sardegna	13
Italia	400

Fonte: DM Salute 20/1/2022.

Profili di cura e modello assistenziale:

Il sistema adottato per la classificazione degli interventi di assistenza, di riattivazione e recupero funzionale, di cura e di sostegno sociale in regime di ricovero nelle strutture di cure intermedie è articolato in profili di cura.

La casistica trattata dalle ex strutture di riabilitazione extraospedaliera e l'analisi dei dati derivanti

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

dalla sperimentazione del cosiddetto post acuto, nonché la rilevazione dei bisogni emergenti, ha portato alla costruzione di un modello basato su cinque profili di intensità che si differenziano su quattro fondamentali aree di intervento: assistenziale, funzionale, clinica e sociale.

PROFILO 1

In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale. Il profilo è caratterizzato da bassa complessità assistenziale e bassa intensità clinica.

PROFILO 2

In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano una esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale. Il profilo è caratterizzato da media complessità assistenziale e bassa intensità clinica.

PROFILO 3

In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale e media esigenza di supporto clinico. Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e media intensità clinica.

PROFILO 4

In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano esigenza di elevato supporto nell'area assistenziale, della riattivazione e recupero funzionale e clinica (data la presenza importante di comorbilità). Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensità clinica.

PROFILO 5 - Demenze

In questo profilo si collocano gli utenti affetti da demenza già diagnosticata con disturbi del comportamento in atto, che necessitano di un elevato supporto nell'area assistenziale, di riattivazione e recupero funzionale, clinica e sociale e di figure professionali specifiche. Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensità clinica.

Per ogni area sono individuati gli indicatori che permettono la collocazione dell'utente nel profilo corrispondente ai differenti bisogni rilevati nelle aree di assistenza, cura e riattivazione. Mentre agli Ospedali di Comunità possono essere indirizzati pazienti con profili assistenziali più bassi alle cure intermedie si indirizzeranno pazienti con indice assistenziale più elevato.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Nella nostra Divisione di Medicina, come verosimilmente anche nella maggior parte delle altre, la quasi totalità dei ricoveri proviene dal PS (fatta eccezione per sporadici trasferimenti da altri reparti). Appare pertanto evidente che una difficoltà della Medicina Generale a dimettere in tempo breve pazienti si ripercuoterà sulla possibilità di effettuare ricoveri da PS e dunque su un conseguente sovraffollamento dello stesso.

Obiettivo del progetto è quello di individuare precocemente già al momento del ricovero da PS i pazienti bed blockers da parte del medico internista di guardia o se presente dal Direttore S.C. della Medicina ed attivarne da subito una richiesta di trasferimento alle cure intermedie e/o Ospedali di comunità a seconda del setting assistenziale (ospedale di comunità per ricoveri più brevi e a minore intensità assistenziale, cure intermedie per ricoveri più lunghi e a maggiore intensità assistenziale). Da questo ne conseguirebbero:

- come obiettivi strategici per l'azienda sia la riduzione dei costi legati ai bed blockers sia un miglioramento di performance e di soddisfazioni del personale sanitario, riducendo il sovraffollamento in PS e il carico di lavoro aggiuntivo connesso alla necessità di provvedere ai complessi bisogni assistenziali cronici di questi pazienti.
- Come obiettivi specifici una migliore presa in cura e una maggiore soddisfazione in risposta ai bisogni assistenziali di tutti i pazienti che accedono al PS in seguito alla riduzione del sovraffollamento dello stesso causato dai bed blockers.

Poiché Ospedali di Comunità e cure intermedie come visto in precedenza sono presenti e attivi su tutto il territorio, il progetto potrebbe benissimo essere esteso ad altre realtà sia nella nostra che in altre regioni, permettendo una migliore gestione dei bed blockers in tutto il territorio nazionale ed un conseguente beneficio sia sulla gestione dei posti letto in aree per acuti sia sul sovraffollamento dei PS connesso alle difficoltà di ricovero dei pazienti.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Destinatari del progetto sono i bed blockers, che ne trarrebbero beneficio da una loro allocazione in strutture atte a stabilizzarne al meglio le cronicità per poi poterli dimettere a domicilio, quando possibile, con attivazione dei servizi sociali e dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) ovvero ricoverarli in via definitiva in RSA.

Trarrebbero poi beneficio dal progetto innanzitutto i pazienti bisognosi di ricovero che accedono al PS e che potrebbero essere ricoverati in tempi brevi invece di attendere lungamente un posto letto in degenza, non di rado su barelle per mancanza di letti veri e propri nelle stanze dedicate all'osservazione. In secondo luogo anche l'ASST ne trarrebbe sia un beneficio economico limitando i giorni di degenza impropri in area per acuti, sia un beneficio di immagine derivante da un PS che lavora in modo virtuoso. Non da ultimo il beneficio psicologico di tutti gli operatori di PS che eviterebbero di sobbarcarsi oltre al lavoro incessante rivolto all'acuzie anche quello derivante dalla impropria degenza di pazienti da ricoverare, pluripatologici e con indice di attività assistenziale spesso elevato.

Il progetto è mirato sulla realtà del nostro Ospedale, ma poiché sia Ospedali di Comunità che cure intermedie sono attivi su tutto il territorio nazionale lo stesso potrebbe benissimo essere applicato in qualsiasi altra realtà regionale, apportando pertanto benefici anche extra-provinciali e soprattutto extra-regionali.

METODOLOGIA ADOTTATA

Tramite Ufficio Controllo Gestione della Direzione analisi negli ultimi tre mesi del 2023 (precedenti la stesura del progetto) dell'entità del fenomeno dei bed blockers nella Divisione di Medicina Generale 2 dell'Ospedale di Romano di Lombardia mediante analisi della scheda di dimissione ospedaliera con valutazione della loro degenza media; analisi inoltre dell'indice di rotazione dei posti letto in medicina nello stesso periodo. Quindi analisi dopo tre, sei, nove e dodici mesi degli stessi dati dopo applicazione del progetto. I bed blockers sono riconoscibili, al di là dei tempi di degenza quasi sempre protratti e comunque eccedenti il tempo utile per il trattamento della patologia motivo di ricovero, dalla presenza nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) della codifica Diagnosis Related Group (DRG) del codice V632 (persona in attesa di ricovero in altro istituto più adeguato) che identifica appunto soggetti che attendono trasferimento in RSA, cure Intermedie, Ospedali di Comunità, strutture riabilitative. Tale codifica viene regolarmente applicata in dimissione sulla SDO dal medico dimettente o dal Direttore di Struttura Complessa laddove indicata e permette di identificare con chiarezza i bed blockers. Poiché la quasi totalità dei ricoveri nella nostra medicina proviene dal PS tranne sporadiche eccezioni (trasferimenti da altri reparti, assenti per altro nel primo periodo in esame e del tutto sporadici ma comunque riconoscibili in scheda di dimissione ospedaliera dalla provenienza del paziente), l'analisi dell'indice di rotazione dei posti letto trimestrale ci fornirà un risultato inerente la maggiore disponibilità di posti letto per il PS e conseguentemente un maggiore contributo della medicina a ridurre il sovraffollamento connesso allo stazionamento dei pazienti da ricoverare.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Come accennato in precedenza i bed blockers possono essere identificati ancora prima del ricovero da alcune caratteristiche: pazienti fragili e pluripatologici, bisognosi di assistenza cronica, che vivono da soli o con parenti che per svariate ragioni non sono più in grado di assisterli e quindi ne rifiutano la dimissione da PS, spesso già noti sia al PS che alla Medicina per precedenti ricoveri sempre più lunghi e ravvicinati anche per motivi che solitamente non richiederebbero ricovero.

Al fine di efficientare i ricoveri in area medica sarebbe opportuno limitare la degenza di questi pazienti al tempo strettamente necessario ad effettuare eventuali terapie infusionali o iniettive non eseguibili a domicilio. Questo di regola non si verifica con i bed blockers, che protraggono abitualmente la loro degenza ben oltre il tempo necessario alle terapie del caso. Dinnanzi pertanto all'impossibilità di dimetterli a domicilio, anche qualora il principale motivo di ricovero sia prettamente di tipo assistenziale, uno strumento possibile che si potrebbe utilizzare per efficientare i ricoveri in area medica potrebbe essere l'attivazione di un loro trasferimento presso altre strutture per non acuti appena possibile.

Il trasferimento dei bed blockers dall'area medica presso RSA e/o strutture riabilitative avviene solitamente in tempi molto lunghi, bloccando a tutti gli effetti la possibilità di ricoverare pazienti acuti dal PS e causandone il sovraffollamento.

Per tali ragioni le cure intermedie e più recentemente gli Ospedali di Comunità ci possono offrire un aiuto in più per risolvere il problema dei bed blockers.

A tale fine l'idea del progetto è la seguente:

- quando questi pazienti si presentano in PS per problematiche internistiche o più spesso assistenziali l'Internista di guardia, qualora non fosse in alcun modo possibile dimettere a domicilio il paziente ancorché già provvisto di assistenza domiciliare integrata, al fine di efficientare i ricoveri in area medica invierà tempestivamente al centro servizi aziendale richiesta scritta (tramite modulistica cartacea) di trasferimento alle cure intermedie (se setting assistenziale più elevato – 3 o 4 - e/o necessità di ricovero protratto oltre il mese) o agli Ospedali di Comunità (se setting assistenziale minore – 1 o 2 - e/o durata del ricovero prevista inferiore al mese).
- Il centro servizi contatterà quindi appena possibile il medico attivante o in sua assenza il Direttore S.C. della Medicina e/o il Coordinatore Infermieristico del reparto per eventuali ulteriori informazioni e provvederà ad inviare richiesta di trasferimento alle cure intermedie o agli Ospedali di Comunità. Il Direttore di S.C. della Medicina supervisionerà sistematicamente l'attivazione tempestiva di tale procedura mediante lo strumento del briefing quotidiano mattutino con i medici della Divisione ed il Coordinatore Infermieristico.
- All'atto della dimissione dei bed blockers in O.d.C o cure intermedie il medico dimettente apporrà sulla SDO il codice DRG V632, che ne permetterà l'identificazione corretta da parte del Controllo di Gestione così da poterne verificare la degenza media.

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

- La degenza di questi pazienti alle cure intermedie o agli Ospedali di Comunità, oltre a permetterne una stabilizzazione ottimale nonché adeguato addestramento dei caregiver quando presenti, servirà anche ad evitare una successiva ri-ospedalizzazione precoce e a valutare quale debba essere la destinazione finale del paziente, in base al setting assistenziale domiciliare e alla possibilità o meno di gestirne le cronicità a domicilio (richiesta quindi di ricovero definitivo in RSA oppure dimissione protetta a domicilio). La Direzione Socio Sanitaria aziendale a tal fine tramite il Direttore di Distretto provvederà ad attivare assistenti e servizi sociali, Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), richiedere ad ATS eventuali presidi necessari a domicilio al paziente oppure richiederne ricovero definitivo in RSA, RSD, Hospice ecc.

In Sintesi: accesso al PS di un bed blocker -> paziente clinicamente dimissibile ma dimissione non possibile per ragioni assistenziali, difficoltà di gestione a domicilio ecc. -> l'internista ricovera il paziente in Medicina richiedendo contemporaneamente al centro servizi mediante modulistica apposita trasferimento in O.d.C o cure intermedie -> il centro servizi verificata la situazione del paziente invia la richiesta -> alla dimissione dalla Medicina il medico dimettente appone sulla SDO il codice DRG V632 -> In O.d.C o cure intermedie il paziente viene preso in carico dal Distretto (Direzione Socio sanitaria aziendale e Direttore di Distretto) -> attivazione assistenza sociale, IFeC, ADI, adeguato addestramento di caregiver se presenti □ stabilizzazione ottimale del paziente □ dimissione a domicilio con assistenza attiva da parte del Distretto o, qualora non fosse possibile, ricovero in strutture protette.

In Regione Lombardia esiste una scheda unica di valutazione per l'indice di intensità assistenziale che prevede la compilazione di diversi item. Questa è la base per indirizzare poi il paziente alle cure intermedie o agli O.d.C. in base al profilo assistenziale, come accennato a pagina 10. Questi item assegnano al paziente un punteggio che va da 1 (paziente autonomo, che non necessita di particolare assistenza) a 4 (paziente totalmente dipendente) su vari aspetti assistenziali che sono:

- alimentazione e idratazione;
- eliminazione;
- igiene e abbigliamento;
- movimento;
- riposo e sonno;
- sensorio e comunicazione;
- ambiente sicuro e situazione sociale;
- terapie;
- altri bisogni clinici;

ogni Item ha al suo interno varie voci compilabili. Alla fine della compilazione si valuta qual è il punteggio assegnato prevalente. Se è 1 o 2 il paziente è candidabile agli O.d.C. , se 3 o 4 alle cure intermedie:

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

per ciascun bisogno il valore corrispondente (anche scelta multipla).

BISOGNI ASSISTENZIALI: valutazione del paziente MAP/U.O. INVIANTE

1 Funzione Cardiocircolatoria

- Senza aiuto/sorveglianza 1
- Parametri < 3 rilevazione die 2
- Parametri > 3 rilevazione die 3
- Scopenso cardiaco classe NYHA 1-2 2
- Scopenso cardiaco classe NYHA 3 3
- Scopenso cardiaco classe NYHA 4 4
- Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale 3
- Quantità urine 2

2 Funzione Respiratoria

- Senza aiuto/sorveglianza 1
- Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata 2
- Dispnea da sforzo grave 3
- Dispnea a riposo 4
- Secrezioni abbondanti da broncoaspirare 4
- Tosse acuta/cronica 3
- Parametri < 3 rilevazione die 2
- Parametri > 3 rilevazione die 3
- Ossigenoterapia 3
- Necessità di ventiloterapia notturna 3
- Presenza di tracheostomia 4
- Terapia con nebulizzazioni 3

3 Medicazioni

- Assenza di medicazioni 1
- Lesione da pressione o ulcera (stadio 1-2) 2
- Lesione da pressione o ulcera (stadio 3) 3
- Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple) 4
- Ferita chirurgica non complicata 2
- Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione) 3
- Moncone di amputazione da medicare 3
- Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica 3
- Stomia recente da medicare 3
- Altre medicazioni complesse o sedi multiple 4

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ

ASSISTENZIALE

4 Alimentazione - Idratazione

- Senza aiuto/sorveglianza 1
- Prescrizione dietetica 2
- Necessità di aiuto per azioni complesse 2
- Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi 3
- Presenza di disfagia lieve 3
- Presenza di disfagia moderata-severa 4
- Nutrizione enterale (SNG o PEG recente) 3

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

5 Eliminazione

- ☒ Senza aiuto/sorveglianza 1
- ☒ Monitoraggio alvo 2
- ☒ Necessità di clisma 3
- ☒ Necessità di essere accompagnato al WC 3
- ☒ Gestione della stomia 3
- ☒ Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo 2
- ☒ Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24) 3
- ☒ Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza 3

6 Igiene - Abbigliamento

- ☒ Senza aiuto/sorveglianza 1
- ☒ Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2
- ☒ Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi 3
- ☒ Totale dipendenza/assenza di collaborazione 4

7 Movimento

- ☒ Senza aiuto/sorveglianza 1
- ☒ Utilizza in modo autonomo presidi per movimento 2
- ☒ Necessità aiuto costante per la deambulazione 3
- ☒ Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto 3
- ☒ Necessità di utilizzare sollevatore 4
- ☒ Allettamento obbligato/immobilità nel letto 4

8 Riposo - Sonno

- ☒ Senza aiuto/sorveglianza 1
- ☒ Sonno indotto con farmaci 2
- ☒ Disturbi del sonno 3
- ☒ Agitazione notturna costante 4

9 Sensorio e Comunicazione

- ☒ Senza aiuto/sorveglianza 1
- ☒ Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio 2
- ☒ Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio 3
- ☒ Deficit cognitivo lieve 2
- ☒ Deficit cognitivo moderato 3
- ☒ Deficit cognitivo grave 4
- ☒ Stato costante di apatia/agitazione/aggressività 4

10 Ambiente Sicuro/Situazione Sociale

- ☒ Senza aiuto/sorveglianza 1
- ☒ Apparecchi medicali dal domicilio 2
- ☒ Rischio caduta medio-alto 4
- ☒ Uso di mezzi di protezione 4
- ☒ Attivazione assistente sociale 3
- ☒ Educazione sanitaria del caregiver 2
- ☒ Pianificazione dimissione con altre istituzioni 3

11 Terapie

- ☒ Assenza di terapia 1
- ☒ Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno 2
- ☒ Terapia più di 2 volte die 3
- ☒ Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1v/die 2
- ☒ Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die 3
- ☒ Antibiotico in infusione continua 3
- ☒ Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori 4

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

☒ Nutrizione parenterale totale 3

12 Altri Bisogni Clinici

- ☒ Assenza di altri bisogni clinici 1
- ☒ Monitoraggio settimanale ematochimici 2
- ☒ Monitoraggio plurisettimanale ematochimici 3
- ☒ Necessità di consulenze specialistiche 3
- ☒ Necessità di follow-up strumentale 3
- ☒ Necessità di fisioterapia di gruppo 2
- ☒ Necessità di fisioterapia individuale 3
- ☒ Comorbilità lieve (CIRS-C <3) 2
- ☒ Comorbilità severa (CIRS-C >3) 3
- ☒ Necessità di educazione sanitaria del paziente

INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE

- 1 FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA punteggio:
- 2 FUNZIONE RESPIRATORIA punteggio:
- 3 MEDICAZIONI punteggio:
- 4 ALIMENTAZIONE – IDRATAZIONE punteggio:
- 5 ELIMINAZIONE punteggio:
- 6 IGIENE – ABBIGLIAMENTO punteggio:
- 7 MOVIMENTO punteggio:
- 8 RIPOSO SONNO punteggio:
- 9 SENSORIO E COMUNICAZIONE punteggio:
- 10 AMBIENTE SICURO - SITUAZIONE SOCIALE punteggio:
- 11 TERAPIE punteggio:
- 12 ALTRI BISOGNI CLINICI punteggio:

INDICE DI INTENSITÀ ATTRIBUITO:

l'indice di intensità assistenziale corrisponde al punteggio assegnato con maggiore frequenza; in caso di parità tra i punteggi attribuiti, assegnare quello più alto.

Quindi: se l'indice di intensità assistenziale emerso dai suddetti item sarà di 1 o 2 il medico compilerà richiesta di trasferimento in O.d.C. se 3 o 4 in cure intermedie. In Regione Lombardia esiste una scheda unica di invio e valutazione per ricovero in cure intermedie (DGR 3383 del 10/04/2015 Regione Lombardia) mentre è in fase di allestimento quella dedicata agli O.d.C.

In entrambi i casi il medico indicherà comorbosità significative, terapia in corso, caregiver di riferimento se presente, probabilità o meno di rientro a domicilio.

Con l'ausilio del Controllo di Gestione è stata effettuata un'analisi retrospettiva nell'ultimo trimestre 2023 antecedente il progetto del numero complessivo di ricoveri e dimissioni globali dal reparto, di quanti bed blockers siano stati dimessi, del loro tempo medio di degenza (rapporto tra i giorni complessivi di degenza dei bed blockers e il numero di questi), dell'indice di rotazione dei posti letto in Medicina (ovvero il numero di pazienti che ruotano sullo stesso letto) nel trimestre. Successivamente, una volta attivato lo stesso (data prevista di attivazione 1° aprile 2024 in concomitanza con l'attivazione inizialmente programmata di 20 posti letto dell'Ospedale di Comunità

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

di Martinengo di ASST Bergamo Ovest), si andranno ad analizzare gli stessi dati nei successivi tre, sei, nove e dodici mesi (quindi al 1 luglio 2024, 1 ottobre 2024, 1 gennaio 2025 e infine 1 aprile 2025) per valutare se l'attivazione del progetto abbia o meno prodotto effetti positivi sull'efficientamento dei ricoveri in area medica.

Il progetto come spesso accade non è scevro da problematiche burocratiche/pratiche. Nel nostro caso la data di partenza dello stesso era stata scelta in concomitanza con quella prevista per l'apertura del primo O.d.C della nostra ASST ovvero l'O.d.C di Martinengo al 1° aprile 2024. L'O.d.C in oggetto al momento della partenza del progetto non è purtroppo ancora operativo (la date di apertura è stata spostata a fine maggio 2024), ma abbiamo comunque voluto fare partire il progetto con le risorse ad oggi attive decidendo di valutare successivamente, al momento dell'apertura del primo O.d.C, il contributo effettivo di questi al progetto (cosa che potrebbe offrire uno spunto per un successivo sviluppo del progetto stesso, pre e post apertura degli O.d.C.).

1.1 Analisi del contesto.

La delibera 499 del 29/03/2022 ha costituito ufficialmente i quattro Distretti afferenti all'ASST Bergamo Ovest, Distretti che, per composizione, abbracciano i paesi afferenti agli Ambiti.

Come richiesto dalla Legge Regionale n. 22/2021, l'ASST Bergamo Ovest ha costituito i nuovi Distretti, quattro, coincidenti con gli ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona.

I quattro Distretti, che afferiscono direttamente al polo territoriale dell'ASST, sono:

Distretto Isola e Val San Martino: sede a Ponte San Pietro. Vi afferiscono i comuni di Ambivere, Bonate Sopra, Bonate Sotto, Bottanuco, Brembate, Brembate Sopra, Calusco d'Adda, Capriate San Gervasio, Caprino B.sco, Carvico, Chignolo d'Isola, Cisano B.sco, Filago, Madone, Mapello, Medolago, Ponte San Pietro, Pontida, Presezzo, Solza, Sotto il Monte Giovanni XXIII, Suisio, Terno d'Isola, Torre dè Busi e Villa d'Adda.

La popolazione, indicativa, afferente al Distretto è composta da 135.059 cittadini.

Distretto Media Pianura: sede a Dalmine. Vi afferiscono i comuni di: Azzano San Paolo, Boltiere, Ciserano, Comun Nuovo, Curno, Dalmine, Lallio, Levate, Mozzo, Osio Sopra, Osio Sotto, Stezzano, Treviolo, Urganò, Verdellino, Verdello e Zanica.

La popolazione, indicativa, afferente al Distretto è composta da 145.733 cittadini.

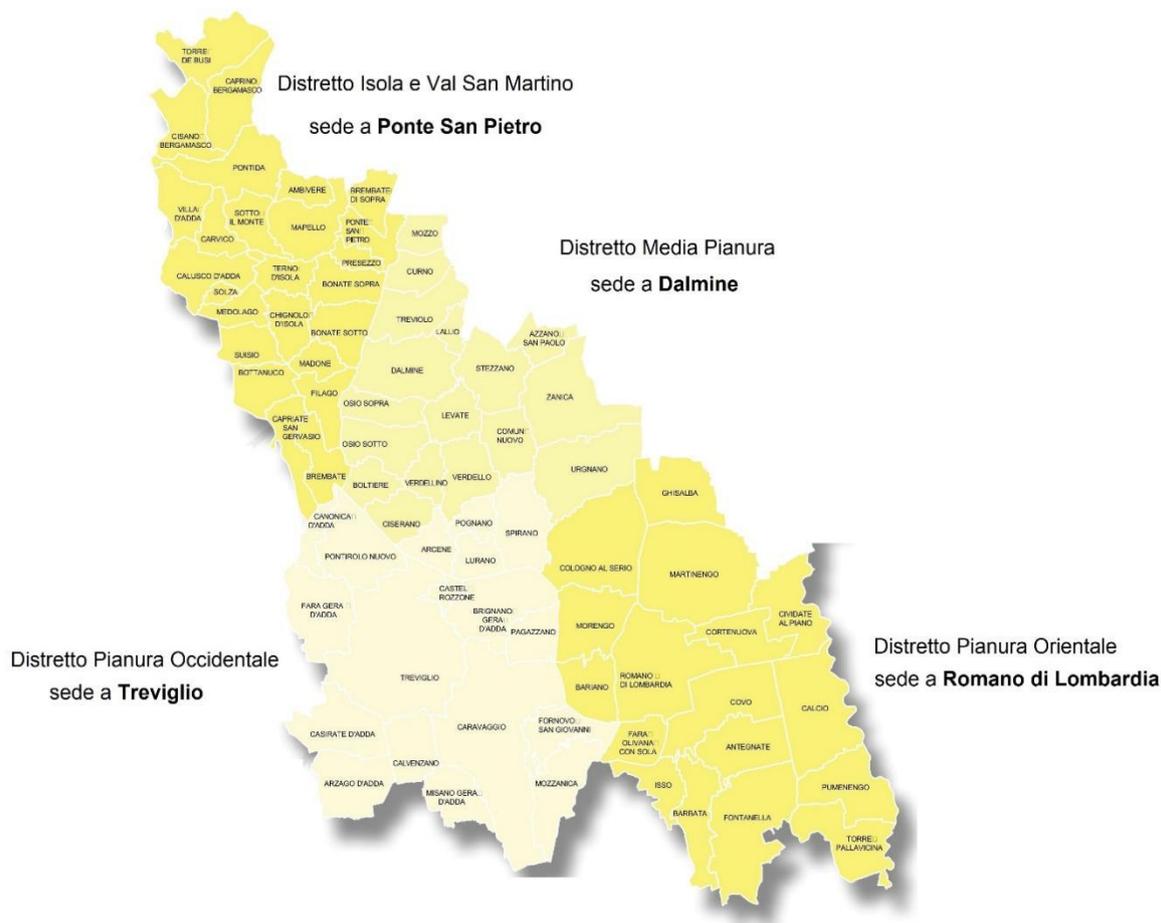
Distretto Pianura Occidentale: sede a Treviglio. Vi afferiscono i comuni di Arcene, Arzago d'Adda, Brignano Gera d'Adda, Calvenzano, Canonica d'Adda, Caravaggio, Casirate d'Adda, Castel Rozzone, Fara Gera d'Adda, Fornovo S. Giovanni, Lurano, Misano Gera d'Adda, Mozzanica, Pagazzano, Pognano, Pontirolo Nuovo, Spirano e Treviglio.

La popolazione, indicativa, afferente al Distretto è composta da 111.533 cittadini.

Distretto Pianura Orientale: sede a Romano di Lombardia. Vi afferiscono i comuni di: Antegnate, Barbata, Bariano, Calcio, Civate al Piano, Cologno al Serio, Cortenuova, Covo, Fara Olivana/Sola, Fontanella, Ghisalba, Isso, Martinengo, Morengo, Pumenengo, Romano di Lombardia e Torre Pallavicina.

La popolazione, indicativa, afferente al Distretto è composta da 84.977 cittadini.

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

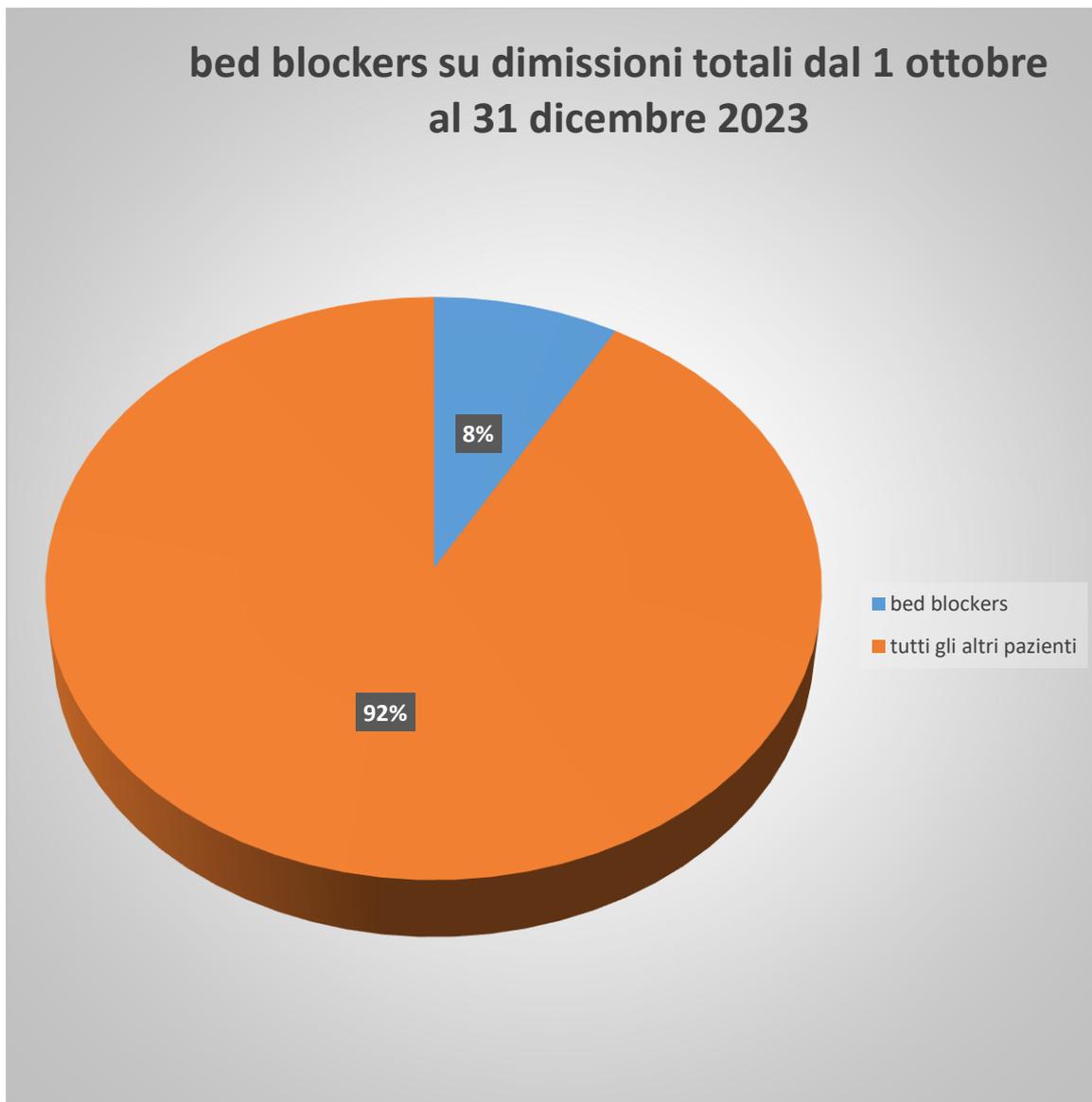


1.2 Analisi dei ricoveri e delle dimissioni globali nonché bed blockers dimessi dalla Medicina Generale dell'Ospedale di Romano di Lombardia nel trimestre dal primo ottobre 2023 al 31 dicembre 2023.

Nel trimestre che va dal primo ottobre 2023 al 31 dicembre 2023 sono stati ricoverati nella nostra Divisione di Medicina 242 pazienti e dimessi 229. Di questi ultimi 19 erano bed blockers ovvero l'8.3 % (grafico 1).

La degenza media dei bed blockers è risultata essere la seguente: giorni complessivi di degenza dei bed blockers sul trimestre $562 : 19$ pazienti = 29.5 giorni. La degenza minima è stata di 20 giorni e la massima di 42. Il ritardo medio di dimissione, calcolato sul valore soglia del DRG, è stato di 12.3 giorni. Si è valutato poi in questo periodo l'indice di rotazione dei posti letto come misura d'intensità di utilizzo degli stessi. Tale indice è risultato essere il seguente: 242 (ricoveri): 26 (posti letto) = 9.3.

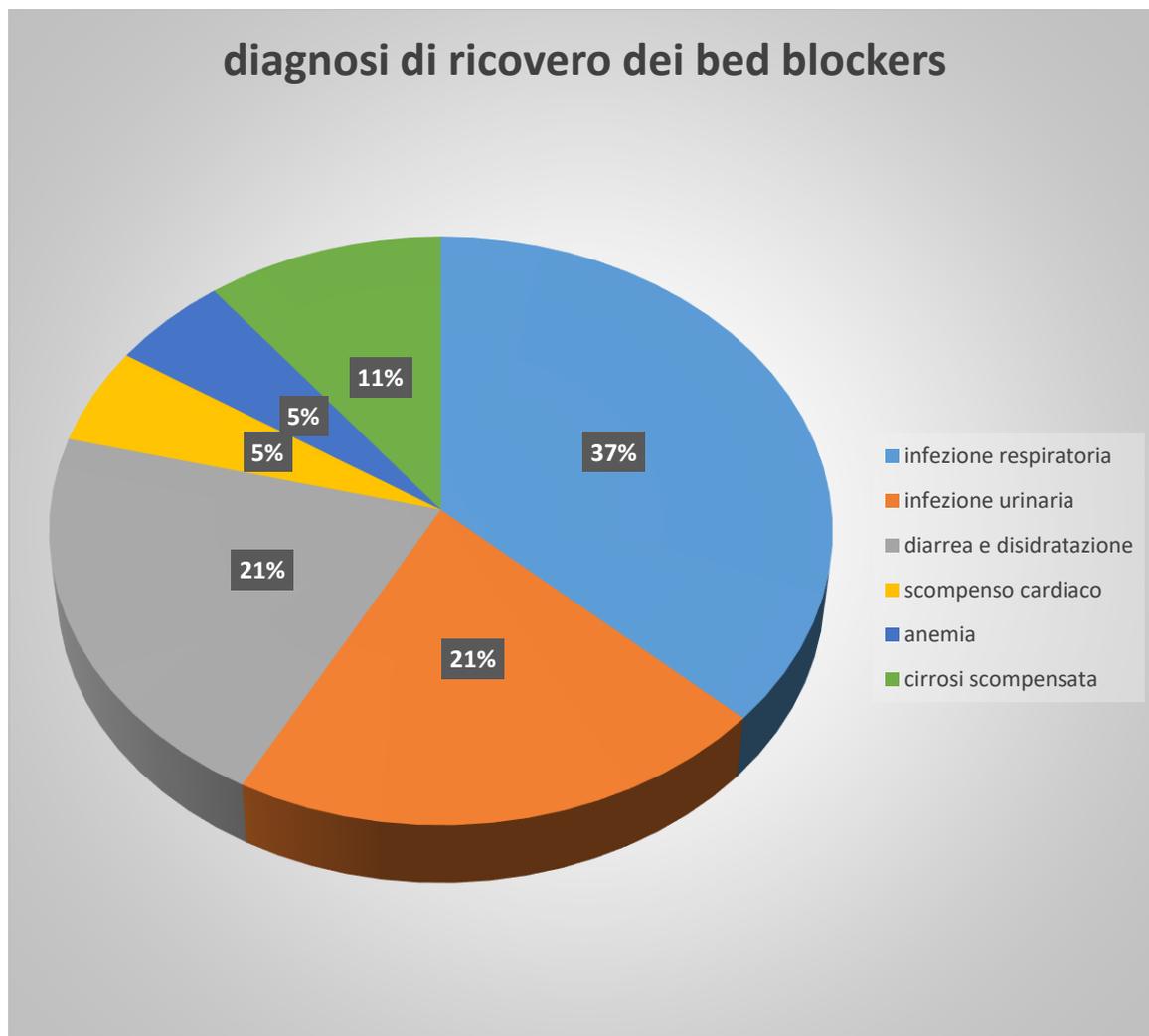
Grafico 1



La diagnosi di ricovero in reparto per acuti risultava essere (grafico 2):

- infezione delle vie respiratorie (bronchite, bronchite cronica riacutizzata, polmonite): 7 pazienti (37 % circa).
- Infezione delle vie urinarie: 4 pazienti (21 % circa);
- diarrea e disidratazione: 4 pazienti (21 % circa);
- scompenso cardiaco: 1 paziente (5.25 % circa);
- anemia: 1 paziente (5.25 % circa);
- cirrosi epatica esotossica scompensata 2 pazienti (10.5 % circa).

Grafico 2



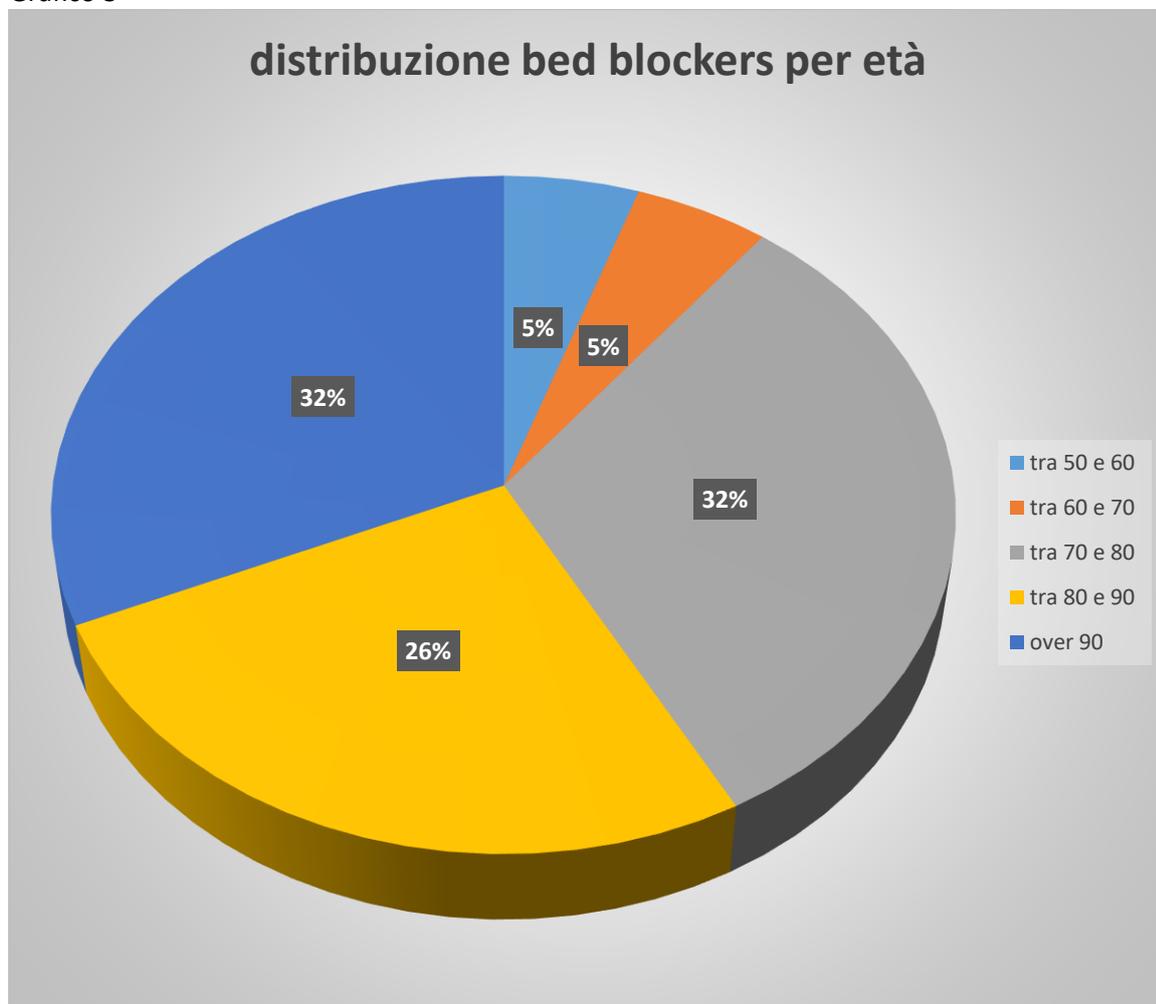
1.3 Caratteristiche dei bed blockers nel trimestre ottobre – dicembre 2023.

Siamo andati ad analizzare le caratteristiche di questi pazienti ricoverati nel trimestre:

Su 19 pazienti 13 erano di sesso femminile e 6 maschile; l'età media è risultata essere 81 anni con età minima di 52 anni e massima di 93 (grafico 3).

In tutti i casi si trattava di pazienti affetti da plurime patologie, 15 non autosufficienti a domicilio e bisognosi di assistenza da parte dei familiari o di badante 11 dei quali senza familiari che li potessero accudire e nell'impossibilità economica di procurarsi una badante. Tutti e 19 i pazienti erano già noti al nostro reparto per diversi ricoveri precedenti, spesso per patologie non necessariamente bisognose di ricovero.

Grafico 3

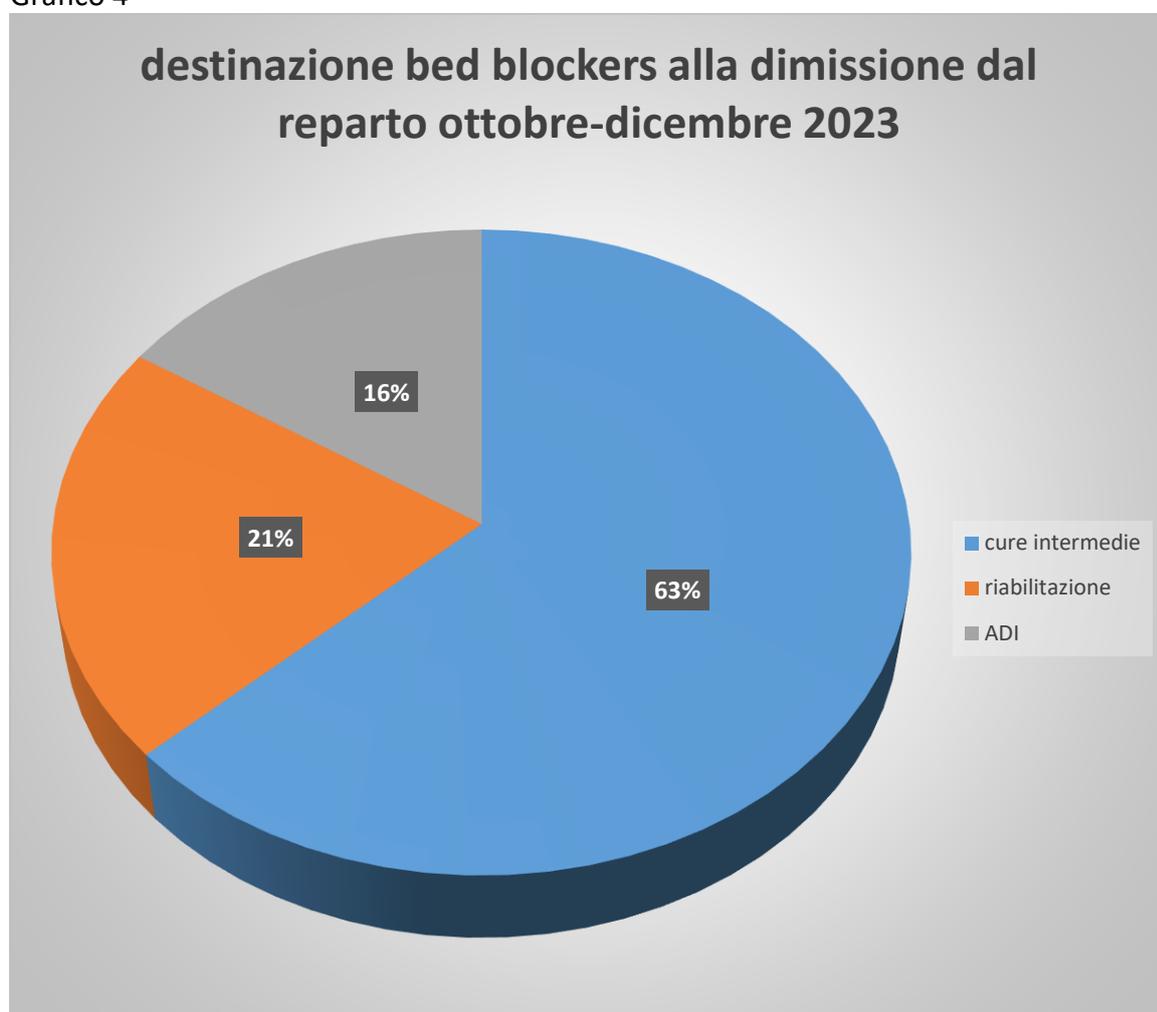


1.4 Destinazione dei bed blockers nel trimestre ottobre – dicembre 2023 dopo la dimissione ospedaliera.

Abbiamo infine valutato quale sia stata la modalità di dimissione dei bed blockers al termine del ricovero in reparto per acuti (grafico 4):

- 12 pazienti sono stati inviati alle cure intermedie (63 % circa);
- 4 trasferiti in una riabilitazione (21 % circa);
- 3 dimessi dopo attivazione di ADI e concomitante richiesta per ricovero in Residenza Sanitaria Assistita (RSA) (16 % circa).

Grafico 4



Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

Da questa analisi è evidente come manchi il trasferimento dal reparto per acuti agli ospedali di comunità, strutture a tuttoggi in via di realizzazione o in attesa di apertura come appunto quelli di Martinengo e quello di Treviglio appartenenti all'ASST Bergamo Ovest che prevedono apertura il primo a inizio aprile 2024 con 20 posti letto e il secondo a data da definire in base ad avanzamento dei lavori di costruzione.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Il progetto è isorisorse utilizzando dati di una struttura già esistente e operante, il Controllo Gestione, e richiesta al Centro Servizi di attivazione di Ospedali di Comunità e cure intermedie da parte del medico Internista con supervisione del Direttore di Struttura Complessa della Divisione di Medicina Generale 2 dell'Ospedale di Romano di Lombardia ASST Bergamo Ovest. La gestione poi del paziente una volta ricoverato alle cure intermedie o agli Ospedali di Comunità sarà a carico di altre strutture già operative quali la Direzione Socio sanitaria aziendale e il Direttore del Distretto di afferenza.

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi sono:

- una significativa progressiva riduzione dei tempi medi di degenza dei bed blockers in Medicina per acuti grazie all'attivazione precoce di Ospedali di Comunità e cure intermedie. Il risultato atteso, una volta attivato anche l'O,d,C, sarebbe a fine progetto un dimezzamento della degenza media rispetto all'ultimo trimestre 2023 ovvero passare da 29,5 giorni a 14 giorni. Un risultato analogo potrebbe fungere da parametro per valutare l'efficacia del progetto anche in altre realtà laddove presenti cure intermedie e O.d.C.
- Un miglioramento conseguente dell'indice di rotazione dei posti letto in medicina per incremento dei ricoveri da PS (e conseguente riduzione del sovraffollamento dello stesso per la parte connessa allo stazionamento di pazienti in attesa di ricovero in area medica). Il sovraffollamento del PS non dipende tuttavia unicamente dalla presenza di bed blockers in reparto per acuti ma da una serie di altri fattori (vedi ad esempio il periodo pandemico oppure situazioni di carenza dei medici di base che spingono la popolazione a recarsi in PS); per tale ragione si è preferito non utilizzarlo come parametro di valutazione per l'efficacia del progetto.
- ridotta ri-ospedalizzazione precoce dei bed blockers grazie a un'ottimale stabilizzazione delle loro cronicità, a un adeguato addestramento dei caregiver e a una presa in carico socio sanitaria territoriale da parte del Distretto (assistenza sociale, ADI, IFeC) o quando non fattibile per mancanza di caregiver in pazienti con elevate fabbisogni assistenziali loro istituzionalizzazione in RSA, RSD, Hospice ecc.

Se dovessimo pensare di applicare questo progetto a livello regionale o addirittura nazionale, poiché sia cure intermedie che O.d.C. sono previsti su tutto il territorio nazionale, bisogna tenere conto che risultati non dipendono esclusivamente da una precoce richiesta di trasferimento dei pazienti alle cure intermedie o agli O.d.C. ma anche vari fattori aggiuntivi, che potrebbero inficiare il processo, come ad esempio quante strutture di cure intermedie/O.d.C. sono presenti e operative laddove ha sede l'Ospedale per acuti, di quanto personale e di quanti posti letto dispongono per potere accogliere agevolmente i bed blockers e gestirli al meglio. Questi sono elementi fondamentali affinché il progetto possa funzionare anche in altri ambiti oltre al nostro.

CONCLUSIONI

Il fenomeno dei bed blockers è ben noto e studiato in tutto il mondo. Questo problema, oltre a costituire un significativo costo economico per la società è spesso causa di sovraffollamento dei Pronto Soccorso per impossibilità a ricoverare i Pazienti in reparto per acuti.

Per risolvere questo problema sono state negli anni proposte varie strategie, mai però del tutto risolutive in considerazione anche del progressivo incremento di età della popolazione nel nostro paese nonché delle patologie croniche.

In realtà più che una singola strategia bisognerebbe forse cercare di embricare tra loro i differenti strumenti a disposizione per fronteggiare il problema (potenziamento della rete di assistenza domiciliare medica e infermieristica, creazione di Case di Comunità e di Ospedali di Comunità, dimissioni protette, bed management in ambito ospedaliero).

Una volta che tuttavia il bed blocker viene ricoverato in reparto per acuti la sua dimissione a domicilio diviene estremamente problematica, vuoi per effettiva necessità di protrarre a lungo terapie che necessitano di personale infermieristico su 24 ore, vuoi per l'assenza al domicilio di caregiver o difficoltà da parte di questi a fornire adeguata assistenza al paziente, spesso affetto da pluripatologie. La creazione, oltre alle cure intermedie allocate solitamente all'interno di RSA, di nuovi Ospedali di Comunità ci offre ulteriori strumenti per contrastare il problema bed blockers. Questi ultimi hanno caratteristiche comuni che permettono di identificarli già al momento del ricovero in reparto: si tratta di soggetti quasi sempre anziani che vivono soli, senza parenti che possano accudirli a domicilio oppure che non ne sono più in grado, anche se non di rado il paziente sia già noto ai Servizi Sociali competenti e sia già attiva a suo carico un'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Non di rado poi hanno alle spalle numerosi ricoveri, sempre più ravvicinati e protratti, per acuzie normalmente gestibili a domicilio, e quindi già noti al reparto.

Ospedali di Comunità e cure intermedie ci offrono anche una possibilità ulteriore di poter stabilizzare al meglio la situazione di cronicità dei bed blockers, formare i caregiver alla gestione domiciliare degli stessi quando attuabile, attivando anche ADI, servizi sociali e IFeC, oppure richiederne un ricovero definitivo in RSA, RSD, Hospice ecc. laddove non gestibili a domicilio.

In questo progetto si vuole valutare se e quanto una precoce attivazione di trasferimento di questi pazienti alle cure intermedie e agli Ospedali di Comunità possa impattare positivamente sul fenomeno bed blockers in area medica e conseguentemente sul sovraffollamento dei PS a questo connesso. Il progetto è attuabile regione per regione in base alle singole esigenze: vi è un profilo assistenziale standard ed altri in base alle richieste.

La ridotta riospedalizzazione dei bed blockers grazie alla progressiva apertura degli O.d.C. e il loro destino al termine del percorso in O.d.C. o cure intermedie potrebbe essere spunto di ulteriore interessante studio.

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

RIFERIMENTI NORMATIVI

Delibera della Giunta Regionale n. VIII/19883 del 16 dicembre 2004 in materia di "Riordino della rete delle attività di riabilitazione";

Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 in materia di "Servizi di cure intermedie" e "Ospedale di Comunità";

Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 in materia di "Posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da medico di medicina generale e personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cure intermedie";

Delibera della Giunta Regionale n. IX/3239 del 4 aprile 2012 in materia di "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare";

Delibera della Giunta Regionale n. X/499 del 25 luglio 2013 in materia di "Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della DGR 4 aprile 2012, n. 3239 "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare": indicazioni a conclusione del periodo sperimentale";

Delibera della Giunta Regionale n. X/1185 del 20 dicembre 2013 in materia di "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014";

Delibera della Giunta Regionale n. X/2022 del 1° luglio 2014 in materia di "Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle D.G.R. 3239/2012 e 499/2013. Fase transitoria" ; Conferenza Stato - Regioni (CSR) del 10 luglio 2014, Atto n. 82/CSR in materia di "Patto per la salute 2014 – 2016";

Delibera della Giunta Regionale n. X/2569 del 31 ottobre 2014 in materia di "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";

Delibera della Giunta Regionale n. X/2989 del 23 dicembre 2014 in materia di "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2015";

Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 in materia di "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

Delibera della Giunta Regionale n. X/3383 del 10 aprile 2015 in materia di "Attuazione delle D.G.R. n. X/2989/2014: prima applicazione di profili e requisiti sperimentali della unità d'offerta sociosanitaria cure intermedie";

Efficientamento dei ricoveri in area medica mediante attivazione precoce di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità per ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso

Conferenza Stato – Regioni (CSR) del 20 febbraio 2020, Atto n.17/CSR in materia di “requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dell’Ospedale di Comunità”;

Consiglio dei Ministri, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) del 13 luglio 2021 in materia di “Ospedali di Comunità”.

BIBLIOGRAFIA

Benson R.T., Drew J.C., Galland R.B. (2006). *A waiting list to go home : an analysis of delayed discharges from surgical beds*. The Annals of the Royal College of Surgeons of England, Vol. 88, No. 7.

Bryan K. (2010). *Policies for reducing delayed discharge from hospital*. Br. Med. Bull. 2010 ; 95 : 33 – 46.

Falcone D., Bolda E., Leak S.C. (1991). *Waiting for placement : an exploratory analysis of determinants of delayed discharges of elderly hospital patients*. Health Serv. Res. 26 (3) : 339 – 374, 01 Aug. 1991.

Meschi T., Maggio M., Lauretani F., Borghi L. (2012). *Bed-blockers : An 8 years experience of clinical management*. Letter to the Editor. European Journal of Internal Medicine 23 (2012) e73 – e74.

Mc Donagh M.S., Smith D.H., Goddard M. (2000). *Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results*. Health Policy. 2000 Oct ;53(3) : 157-84.

Namdaran F., Burnet C., Munroe S. (1992). *Bed blocking in Edinburgh hospitals*. Health bull (Edinb.) 1992 May ; 50 (3) : 223-7.

Rubin S.G., Davies G.H. (1975). *Bed blocking by elderly patients in general-hospital wards*. Age and ageing, vol. 4, issue 3, August 1975, 142 – 147.

Scott H. (2000). *Elderly patients : people not 'bed-blockers'*. Br. J. Nurs. 2000 May ; 9 (9) : 528.

Shepperd S., McClaran J., Phillips CO, Lannin NA, Clemson I.M., McCluskey et al. (2010). *Discharge planning from hospital to home*. Cochrane database Syst. Rev 2010 ; (1) : CD000313.

Styrborn K., Thorslund M. (1993). *Delayed discharge of elderly hospital patients--a study of bed-blockers in a health care district in Sweden*. Scand. J. Soc. Med. 1993 Dec ;21(4) :272-80.

Vetter N. (2003). *Inappropriately delayed discharge from hospital : what do we know ?* BMJ 2003 ; 326 : 927 – 8.

Victor C.R. (1990). *A survey of the delayed discharge of elderly people from hospital in an inner – London health district*. Arch. Gerontol. Geriatr. 1990 May – Apr ; 10 (2) : 199 – 205.

SITOGRAFIA

Banchieri G., Dal Maso M., De Luca A., Ronchetti M. (2022). *Come dovrebbero operare gli ospedali di comunità*, Quotidiano sanità, 12 gennaio : www.quotidianosanità.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101345

Consiglio dei Ministri, *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*, (2021) : www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf

De Rose A.F. (2023). *Bed-blocker, l'emergenza degli anziani che si fa fatica a dimettere dagli ospedali*, <https://www.clicmedicina.it/fenomeno-bed-blocker-emergenza-anziani-che-si-fa-fatica-dimettere-ospedali/>

FADOI (2023). *Ospedali, anziani dimessi 7 giorni più tardi. Oltre 2 giornate di degenza improprie. L'indagine FADOI*. <https://www.fadoi.org/press-room/ospedali-anziani-dimessi-7-giorni-piu-tardi-oltre-2-giornate-di-degenza-improprie-lindagine-fadoi/>

Pesaresi F. (2021). *Gli Ospedali di Comunità nel PNRR, Grande sviluppo e qualche problema*, Welforum, 24 giugno. <https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/gli-ospedali-di-comunità-nel-pnrr/>

