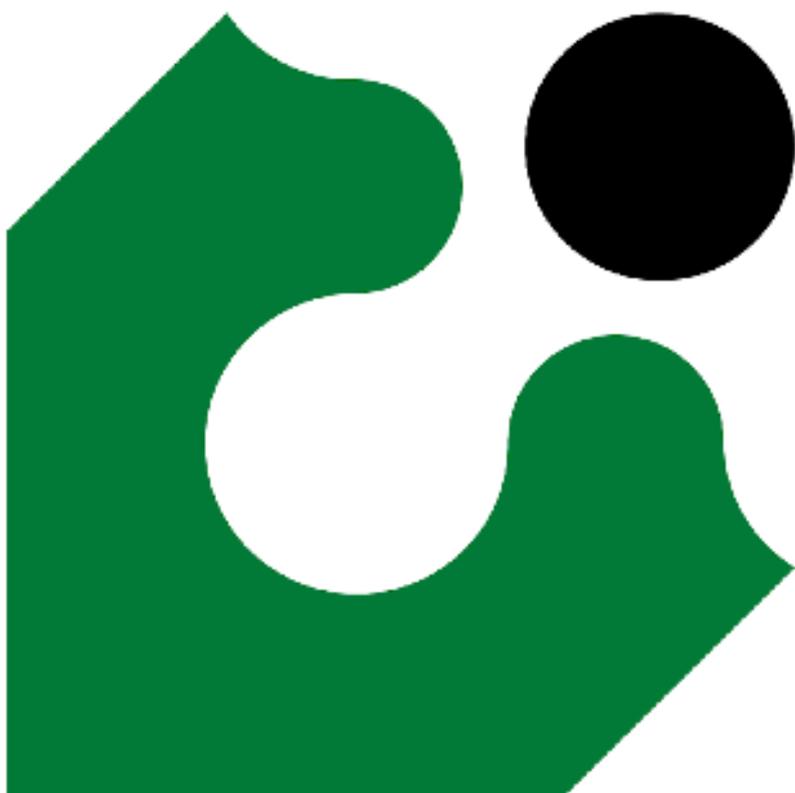


# **Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio**

Dott.ssa Nadia Boasi  
Dott. Alberto Bisesti

**Corso di formazione manageriale per  
Dirigenti di Struttura Complessa  
anno 2024**



# Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione: UNIMI DSC 2401 AE/BE

Ente erogatore: Università degli Studi di Milano

## GLI AUTORI

*Nadia Boasi, Responsabile infermieristica di Area, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, [nadia.boasi@policlinico.mi.it](mailto:nadia.boasi@policlinico.mi.it)*

*Alberto Bisesti, Dirigente delle Professioni sanitarie, ASST Santi Paolo e Carlo, [alberto.bisesti@asst-santipaolocarlo.it](mailto:alberto.bisesti@asst-santipaolocarlo.it)*

## Il docente di progetto:

*Federico Lega, , Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente Del Collegio Didattico - Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute, Università degli Studi di Milano*

## **Il Responsabile didattico scientifico:**

*Federico Lega, , Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente Del Collegio Didattico - Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute, 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)

# INDICE

INDICE	4
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	6
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	7
METODOLOGIA ADOTTATA	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	9
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	12
RISULTATI ATTESI	13
CONCLUSIONI	14
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	15
RIFERIMENTI NORMATIVI	16
BIBLIOGRAFIA	17
SITOGRAFIA	18

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni stiamo assistendo ad un costante aumento della richiesta di servizi sanitari dovuto principalmente all'invecchiamento della popolazione, al conseguente incremento delle patologie croniche, all'accumulo di domanda post – pandemia e più in generale all'aumento delle aspettative degli assistiti nei confronti del SSN. Questa tendenza, legata fortemente alla demografia del paese, sarà destinata a consolidarsi ed accentuarsi nel corso dei prossimi anni sia per la diminuzione della popolazione attiva e sia per l'incremento della popolazione anziana (Azzopardi – Muscat & al. 2023) L'ISTAT stima che le persone di età pari o superiore a 65 anni potrebbero rappresentare il 35% della popolazione totale entro il 2050 (ISTAT 2022).

Quanto descritto ha un impatto negativo sempre più rilevante sul sistema sanitario favorendo l'incremento del numero degli accessi presso i punti di primo soccorso, un conseguente sovraffollamento degli stessi e un aumento delle giornate di degenza degli assistiti ricoverati.

Quanto accade è un fenomeno di sproporzione tra le necessità di cure in emergenza e le capacità degli ospedali di fornire i dovuti servizi (Irving et al. 2016).

La problematica infatti non riguarda unicamente il servizio di Pronto Soccorso ma gli interi presidi ospedalieri (Richardson et al. 2009) e determina ripercussioni sia sugli assistiti, incremento degli eventi avversi e dei tassi di mortalità (Savioli et al. 2009), sia sugli operatori, poiché rappresenta uno dei più importanti fattori di stress correlati al lavoro (Australasian College for Emergency Medicine 2016).

Uno dei principali ambiti di interesse delle Direzioni delle Aziende Sanitarie è sicuramente l'ottimizzazione dei flussi degli assistiti afferenti alle degenze per acuti (**patient flow**), così da garantire la continuità assistenziale ed una effettiva presa in carico degli stessi.

I termini che descrivono le problematiche legate a questo processo sono: *delayed discharge*, *delayed transfer of care*, *extended stay*, *longstays*, *inappropriate hospitalized* e tutti descrivono lo stesso problema: assistiti che, pur essendo clinicamente dimissibili, rimangono ricoverati a causa dell'assenza di soluzioni domiciliari o territoriali adatto alla condizione degli stessi (Everall et al. 2019, Rojas - Garcia et al. 2018, Manzano - Santaella 2010).

Il termine «Blocked-bed» ha origine dal Regno Unito alla fine degli anni '50, volto ad indicare l'irregolarità del flusso degli assistiti presenti nei reparti di degenza legata principalmente alla carenza di posti letto.

Da un punto di vista etimologico la comunità scientifica non fu subito in grado di approvare un termine univoco che identificasse il fenomeno, al punto che negli anni '90 il termine «Blocked-bed» venne utilizzato più dagli economisti sanitari come indicatore di inefficienza che dai clinici.

Nel 2001 il dipartimento della Salute del Regno Unito propose la seguente definizione: **«delayed transfer of care»**, condizione in cui un paziente ha tutte le condizioni per poter essere dimesso / trasferito da un letto di un reparto per acuti ma, per molteplici motivi, occupa ancora quel letto.

A seguito di questa definizione si sono diffuse altre espressioni che hanno variato il punto di vista del fenomeno focalizzandosi non più sulla carenza dei posti letto ma sull'efficientamento delle dimissioni: il termine **«delayed discharge» pone l'attenzione non** esclusivamente sulla disponibilità o l'idoneità del posto letto ma sul fattore tempo, ovvero tutte le condizioni in cui le dimissioni vengono ritardate per motivi non legati all'ospedale per acuti (Manzano - Santaella et al. 2010).

## Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

Trattandosi quindi di una tematica piuttosto vasta, nel 2022 Micallef et al. ha pubblicato una scoping review che propone questa definizione: la **delayed discharge**, in italiano traducibile come «**dimissione ritardata**», è quella condizione in cui un assistito clinicamente idoneo alla dimissione viene inutilmente trattenuto in ospedale per motivi organizzativi - operativi interni, o per la necessità di un'intensità di assistenza diversa e si ritarda la sua dimissione a causa dell'indisponibilità di soluzioni adeguate.

### ***Cause e fattori predittivi del fenomeno delayed discharge o «dimissione ritardata» sono:***

- **Caratteristiche individuali:** fragilità, età anziana over 65, malattie croniche associate a comorbidità, decadimento cognitivo, malattie psichiatriche e limitazioni severe nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana (Vinci et al. 2024, Micallef et al. 2022, Heckman et al. 2021, McGilton et al. 2021).
- **Condizioni sociali/familiari degli assistiti:** la maggior parte degli anziani abitano da soli o in un contesto domiciliare inadeguato senza un adeguato supporto sociale. L'assenza del caregiver e la tendenza all'isolamento sociale impattano notevolmente sulla difficoltà/ritardo nella dimissione (Landeiro et al. 2019, Bender & Holyoke et al. 2018, Moore et al. 2018).
- **Fattori organizzativi interni:** presa in carico dell'assistito superficiale, ritardo nella diagnostica durante il ricovero, ritardo nell'esecuzione delle consulenze, ritardo nella generazione di referti, conseguente aumento delle riammissioni nei pronto soccorso (Micallef et al. 2022, Görgülü et al. 2023, Bibbins Domingo 2019).
- **Fattori organizzativi esterni:** scarsità di risorse e servizi territoriali, mancata organizzazione - comunicazione tra ospedale e territorio, ritardi nei tempi di attivazione dell'assistenza domiciliare o nella fornitura dei presidi necessari (Landeiro et al. 2019, Gaughan et al. 2015, Challis et al. 2014).

### ***Dimensione del fenomeno a livello nazionale***

A livello nazionale non sono molti gli studi condotti a riguardo, tra essi quello più importante è sicuramente quello di Lenzi et al. 2014 i cui risultati appaiono in linea con i principali studi internazionali (canadesi) che hanno indagato il fenomeno e mostrano come la stima dei posti letto occupati per i delayed discharges risulta essere tra l'8% e il 10% del totale dei ricoveri effettuati (Rojas - Garcia et al. 2018).

E' evidente che quanto descritto ha un impatto economico non indifferente, infatti le «**dimissioni ritardate**» causano l'occupazione di un letto in modo improprio ed incrementano i costi diretti ed indiretti (Vinci et al. 2024); tra i principali quelli legati alle possibili infezioni contratte nei giorni di degenza (Tanke et al.2019) e quelli legati all'inefficiente gestione del personale di degenza (Rojas - Garcia et al. 2018).

Inoltre, se si considera un punto di vista ancor più ampio, il fenomeno genera inefficienze sistemiche poiché aumenta le pressioni sui pronto soccorso che a causa delle dimissioni ritardate non riescono a

## Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

ricoverare gli assistiti per indisponibilità di letto (patient flow), causando tempi di boarding più lunghi e sovraffollamento dei dipartimenti di emergenza e urgenza (Vinci et al. 2024, Pellico - Lopez et al. 2022, Dayvi et al. 2021).

Regione Lombardia nella **DGR XI/6893 del 2022 approva il documento tecnico «interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso»**, con l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei assistiti dal Pronto Soccorso e garantire l'adempimento dell'indicazione ministeriale secondo cui il tempo che intercorre fra l'ingresso in PS e il ricovero nelle aree di degenza deve essere inferiore alle 8 ore.

Il documento indica ulteriori azioni operative riguardanti l'area medica, quali:

- **Disponibilità di posti letto di area medica:** ogni ASST/IRCCS di natura pubblica e sede di PS deve garantire nelle U.O. di area medica un numero minimo giornaliero di posti letto, anche nel fine settimana e nei giorni festivi, per l'accettazione dei assistiti dal PS.
- **Bed Manager e Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica:** ogni azienda dovrà nominare con atto formale il bed manager aziendale e il nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica. A seguito della costituzione del nucleo, l'azienda adotta un documento in cui vengono riportati le strategie per la gestione dei assistiti in caso di non immediata disponibilità dei posti letto da parte di una singola unità operative (es. admission room, discharge room, individuazione di percorsi per le dimissioni difficili verso ospedali di comunità) e le modalità di analisi e monitoraggio delle attività delle unità operative di area medica.

La DGR evidenzia in maniera importante la necessità di garantire al pronto soccorso quotidianamente letti di degenza di area medica e ciò non può prescindere da un'ottimizzazione del flusso degli assistiti ricoverati nella stessa area. Tra le possibili soluzioni, come noto in letteratura, riveste particolare importanza l'identificazione precoce dei pazienti con «dimissioni ritardate» (Görgülü et al. 2023, Micallef et al. 2022), così da creare una soluzione organizzativa che permetta una reale presa in carico dell'assistito e al contempo favorire la disponibilità di posti letto in ambito medico da destinare al pronto soccorso.

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

## OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

La ridotta disponibilità di posti letto nelle Aziende Ospedaliere, in particolare quelli di area medica è una delle maggior criticità cui le varie Dirigenze sono chiamate a porre soluzione.

E' evidente come questa criticità impatti pesantemente sulle attività e sulla gestione dei flussi dei assistiti tra le diverse aree Ospedaliere, in particolar modo Pronto soccorso e area medica, non permettendo la corretta presa in carico del paziente.

Obiettivo del progetto è l'attivazione di una degenza a gestione infermieristica, di 10 posti letto, in cui far afferire tutti i degenti che hanno concluso il loro iter diagnostico terapeutico ed in dimissione entro le 24 – 72 ore successive.

Inoltre si prevede l'attivazione di 6 postazione tecniche (poltrone) da utilizzare per i degenti dimissibili in giornata, ovvero assistiti in dimissione o dimissibili ma che occupano il posto letto in attesa del familiare / caregiver per il rientro al domicilio, dell'orario definito dalla struttura residenziale che lo accoglie o per difficoltà legate ai trasporti extraospedalieri.

Ciò permetterebbe di poter rendere disponibile un posto letto per acuti al Pronto Soccorso nelle prime ore della giornata, con tutti i benefici organizzativi e clinici derivanti.

L'unità a degenza infermieristica prevede una interconnessione con il territorio, tramite attivazione di un sistema di comunicazione tra la degenza stessa e la COT, garantendo la presa in carico e la conseguente continuità assistenziale dei assistiti dimessi sia verso domicilio sia verso (ADI, UPC-dom, caregiver al domicilio, IfeC, infermieri della struttura accettante, Hospice)

Quanto descritto permetterebbe il raggiungimento di:

- **obiettivi strategici aziendali:** efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica, con conseguente ottimizzazione del flusso degli assistiti dal pronto soccorso e riduzione dei i tempi di boarding, la riduzione dei costi (posto letto acuto/posto letto bassa intensità), la riduzione degli eventi avversi e/o mortalità. Oltre al miglioramento della performance e soddisfazione dei professionisti sanitari e la riduzione degli episodi di violenza sugli operatori in pronto soccorso.
- **obiettivi specifici:** l'ottimizzazione della presa in carico dei assistiti dell'interconnessione Ospedale il territorio e/o domicilio, familiare caregiver

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Gli assistiti e rispettivi caregiver che accedono in Pronto soccorso e necessitano di ricovero in area medica

I degenti con iter diagnostico terapeutico concluso e in dimissione entro le 24 –72ore successive

I professionisti sanitari, che trovano una valorizzazione delle proprie competenze professionali e miglioramento dell'organizzazione del proprio lavoro

La Direzione Aziendale delle Professioni Socio Sanitarie, in quanto l'attivazione di una degenza infermieristica permetterebbe la valorizzazione delle competenze del personale afferente, unita alla soddisfazione delle esigenze organizzative

La struttura territoriale, tramite un sistema di comunicazione diretto tra professionisti che permetta una interconnessione Ospedale - territorio

Infine, più in generale, tutte le Aziende Sanitarie di Regione Lombardia a cui è stato richiesto un impegno per l'efficientamento dei flussi di assistiti dal pronto soccorso, al fine di adempiere all'indicazione ministeriale secondo cui il tempo che intercorre tra l'accesso in pronto soccorso e il ricovero nelle aree di degenza deve essere inferiore alle 8 ore.

## METODOLOGIA ADOTTATA

A supporto della bontà del progetto si è deciso di quantificare l'entità del fenomeno dei «delayed discharge» all'interno di due S.C. di Medicina interna di un ospedale della città di Milano, di 82 posti letto complessivi.

Il campione, consecutivo non probabilistico, è composto da tutti gli assistiti ricoverati presso le suddette S.C. nell'anno 2023 e identificate da personale medico come «delayed discharge».

All'interno del campione sono stati inclusi anche gli assistiti deceduti durante il ricovero, ma che erano in attesa di Hospice o di cure palliative domiciliari.

Si è provveduto alla creazione di un database al fine dell'inserimento dei dati e della loro analisi statistica.

Il database è stato strutturato per permettere la raccolta e la successiva analisi statistica oltre che dei dati demografici anche sulle motivazioni riguardanti il ritardo delle dimissioni e la definizione temporale specifica (data di dimissibilità - data di dimissione effettiva).

Le motivazioni inerenti al ritardo delle dimissioni sono state raggruppate in 8 macroaree:

1. attesa interventi diagnostico - terapeutici
2. attesa trasferimento hospice o UCP-dom
3. attesa trasferimento RSA
4. attesa trasferimento struttura subacute o cure intermedie
5. attesa di dimissione per fragilità clinica e sociale dell'assistito come assenza caregiver, inadeguato setting domiciliare, indisponibilità economica)
6. attesa di nomina amministratore di sostegno
7. homeless
8. rifiutato dalle strutture

Su un totale di n. 2.158 ricoveri effettuati nell'anno dalle s.c. di area medica, il numero di assistiti identificati è stato pari a n. 147. Analizzando le caratteristiche socio - demografiche del campione, per quanto riguarda "sesso" ed "età" esso appare così distribuito: n. 79 assistiti (54%) femmine e n. 68 assistiti (46%) maschi, con una età media di 78 anni e una mediana pari a 83.

Caratteristiche del campione					
	N. osservazioni	Media	mediana	MIN	MAX
<b>Femmine</b>	79 (54%)				
<b>Maschi</b>	68 (46%)				
<b>Età</b>	147 (100%)	78	83	33	99

**Tabella 1**

Per quanto concerne la "nazionalità" il campione appare distribuito in "italiana" n. 139 assistiti (95%) e "straniera" n. 8 assistiti (5%).

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

Inoltre è stato possibile rilevare i dati riguardanti l'ambito sociale in quanto il personale infermieristico al momento dell'accettazione del paziente presso le S.C. di Medicina interna ha effettuato una valutazione del rischio sociale tramite apposita scheda, a cui è seguita una segnalazione del rischio sociale. Le schede compilate risultate positive sono state n. 82, corrispondente al 56% del campione.

<b>Informazioni sociodemografiche</b>	
	N. osservazioni (%)
<b>Cittadinanza Italiana</b>	139 (95%)
<b>Cittadinanza straniera</b>	8 (5%)
<b>Valutazione positiva del rischio sociale</b>	82 (56%)
<b>Homeless</b>	10 (7%)

**Tabella 2**

Altro dato rilevato è quello relativo all'utilità dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali, il quale mostra come n. 36 assistiti (24,5%) vivono soli e senza alcun sostegno sociale. Ancora una volta appare fondamentale l'interconnessione tra Ospedale e territorio, da questa analisi però risultato assente.

<b>Utilizzo dei servizi territoriali</b>	
	N. osservazioni (%)
<b>Presenza assistenti sociali del comune di residenza</b>	25 (17%)
<b>Presenza del CPS</b>	12 (8,2%)
<b>Presenza di ADI infermieristica e/o fisioterapica</b>	11 (7,5%)
<b>Presenza di assistenti domiciliari per igiene</b>	8 (5,4%)
<b>Presenza consegna pasti al domicilio</b>	4 (2,7%)
<b>Presenza IFeC</b>	<b>0 (0%)</b>
<b>Invio di segnalazione ma servizio non attivo</b>	21 (14,3%)
<b>Nessun servizio presente</b>	83 (56,5%)

**Tabella 3**

Oltre ai dati demografici sono poi state indagate le variabili riguardanti il percorso assistenziale dei assistiti quali la provenienza degli assistiti, il luogo di dimissione e la il tempo intercorso tra la data di dimissibilità dalla struttura ed la data effettiva di dimissione.

Nello specifico si è rilevato dapprima la natura della presentazione in Pronto soccorso, 98% degli accessi deriva da accessi in urgenza, con una elevata provenienza dal domicilio (n. 115 – 78%). Successivamente il tempo di permanenza in pronto soccorso (pari a circa 24 ore), il tempo di degenza

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

ordinaria (mediana pari a 22 giorni) ed il tempo di ritardo delle dimissioni (mediana paria a circa 14 giorni).

Sulla mediana del ritardo di dimissione si evidenzia un minimo – massimo che va da 1 giorni di ritardo a circa 242 giorni di ritardo.

<b>Tempo di permanenza in pronto soccorso e nell'unità operativa (delayed Discharge)</b>					
	<b>N. osservazioni</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>
<b>Tempo boarding in PS</b>	145*	24 ore	24 ore	0 ore	96 giorni
<b>Giorni di degenza in U.O.</b>	147	19 giorni	22 giorni	6 giorni	242 giorni
<b>Delayed Discharge in degenza</b>	147	29 giorni	14 giorni	1 giorno	242 giorni
<b>Totale</b>	147 (100%)				

**Tabella 4**

\*(2 assistiti non transitati da ps)

Ulteriore analisi condotta riguarda il luogo di provenienza del paziente, che come riportato nella tabella proveniva per la maggior parte dei casi dal domicilio (78%):

<b>Luogo di provenienza</b>	
<b>Luogo di provenienza</b>	<b>N. osservazioni</b>
<b>DOMICILIO</b>	115 (78%)
<b>HOMELESS</b>	8 (5%)
<b>ALTRO REPARTO DI FONDAZIONE</b>	7 (5%)
<b>DA ALTRO OSPEDALE PUBBLICO</b>	6 (4%)
<b>RSA-STRUTTURA RESIDENZIALE</b>	6 (4%)
<b>RIABILITAZIONE – SUBACUTE</b>	5 (4%)
<b>Totale</b>	<b>147 (100%)</b>

**Tabella 5**

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

Fondamento del progetto è l'analisi è il luogo di dimissione associato al numero di giorni del "Delayed transfer" rappresentato nella tabella sottostante

Luogo di dimissione e giorni di ritardo dimissione				
Luogo di dimissione	N. osservazioni	Ritardo dimissione		
		Totali giorni (%)	Media	Mediana
<b>Domicilio</b>	39 (27%)	508 (17.9%)	13	10
<b>Cure intermedie</b>	40 (27%)	700 (26%)	20	18.5
<b>RSA Privata</b>	19 (13%)	588 (20.7%)	31	19
<b>Sub-acute</b>	19 (13%)	230 (8.1%)	12	8
<b>Hospice</b>	8 (5%)	223 (7.9%)	28	23
<b>RSA Comunale</b>	4 (3%)	180 (6.3%)	45	36.5
<b>Dormitorio</b>	4 (2%)	131 (5%)	35	32.5
<b>Trasf. altro Osp</b>	1 (1%)	3	3	3
<b>Decesso</b>	13 (9%)	293 (10.3%)	23	16
<b>Totale</b>	147 (100%)	2835 (100%)		

**Tabella 6**

I risultati mostrano che il numero totale dei giorni di ritardo di dimissione per l'intero campione corrisponde a n. 2.835 giorni, in cui il maggior numero di giorni di ritardo è dovuto all'attesa di trasferimento in subacute/cure intermedie su cui si contano circa n. 930 giorni. L'analisi delle S.C. di Medicina interna, nonostante monocentrico e relativo ad un solo setting assistenziale risulta essere in linea con la letteratura esistente e permette di sostenere il progetto.

Non è stato possibile rilevare i dati relativi al ritardo delle dimissioni legate a problematiche organizzative, mentre è stato possibile rilevare le principali motivazioni a riguardo:

- attesa per esami diagnostici o terapeutici, limitazioni legate all'esecuzione di alcuni di questi nei giorni festivi o nei weekend; dato in linea con letteratura internazionale (Micallef et al. 2022, DeVolder et al. 2020, El-Eid et al. 2015, Benson et al. 2006)
- ritardi nel turn-over del posto letto legato agli orari di dimissione (difficoltà nella dimissione nella fascia mattutina rispetto a quella pomeridiana)

## Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

- attesa di referti ematici eseguiti durante la mattinata

Così come non è stato possibile misurare il ritardo della dimissione, altresì descritto in letteratura, secondario a presa in carico superficiale o inadeguata pianificazione delle dimissioni (Micallef et al. 2022, Bibbins Domingo 2019, Görgülü et al. 2023); a parziale dimostrazione di questo fenomeno l'analisi delle SDO dimostra che il 32% del campione esaminato era stato dimesso recentemente, < 1 mese, da strutture ospedaliere o riabilitative.

Oltre alla raccolta dati a completezza del progetto è stata effettuata una SWOT analysis con lo scopo di poter rafforzare e consolidare l'obiettivo proposto.

### **SWOT ANALYSIS :**

<b><u>Punti di Forza :</u></b>  Rendere omogenea per tutte le s.c. le modalità di dimissione dei assistiti con l'istituzione di una procedura aziendale formale.  Coinvolgimento attivo di tutto il personale coinvolto nel processo di cambiamento	<b><u>Punti di Debolezza :</u></b>  Identificare correttamente l'allocazione del personale infermieristico e di supporto verso il nuovo contesto a fronte delle caratteristiche necessarie e alla scarsità del profilo infermieristico a livello nazionale
<b><u>Opportunità :</u></b>  DGR XI/6893 « interventi per l'efficientamento del flusso dei pazineti dal pronto soccorso  Letteratura scientifica che attraverso gli studi condotti riporta risultati in linea con obiettivo proposto nel progetto  Analisi dei dati raccolti nell'anno 2023 che si presentano in linea con la letteratura e le dimensioni del fenomeno descritto	<b><u>Minacce :</u></b>  Difficoltà nel modificare degli spazi fisici con posti letto già assegnati ( posti letto a sua volta richiesti da Regione Lombardia per garantire regole di accreditamento)  Carenza di personale infermieristico a livello nazionale

## **DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE**

Il progetto può essere considerato «pilota» in quanto, attualmente, non è attiva una degenza a gestione infermieristica nell'Ospedale in cui è avvenuta la raccolta dati. Tuttavia qualora si raggiungessero i risultati previsti, si auspica il progetto possa essere replicabile in altre strutture ospedaliere.

### ***Descrizione del progetto***

Attivazione di una degenza a gestione infermieristica afferente alla Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali. Il luogo fisico di attivazione dovrà essere identificato all'interno o adiacente le altre degenze appartenenti l'area medica.

L'obiettivo : efficientare il flusso dei degenti di area medica e conseguentemente favorire i ricoveri da Pronto Soccorso verso tale area contenendo il tempo di boarding.

Il Coordinatore infermieristico della degenza si interfacerà con il bed manager per organizzare le ammissioni degli assistiti dalle altre degenze

Al fine di rispettare il patient safety verrà redatta un'istruzione operativa che verrà proposta in allegato al documento in cui verranno chiaramente esplicitate responsabilità e criteri di inclusione /esclusione riguardanti l'ammissione del paziente presso la degenza, in modo da ridurre al massimo la discrezionalità di tale processo.

### ***Implementazione del progetto***

Per l'attivazione della degenza infermieristica dovranno essere previsti alcuni criteri strutturali e di dotazione organica

Per quanto concerne i criteri strutturali la degenza dovrà prevedere 10 posti letto e di 6 postazioni tecniche, suddivise in :

- 4 stanze doppie con bagno interno costituita da n. 2 letti e n. 2 sedie (per accompagnatori visitatori) – possibilmente posizionate fronte sala infermieri;
- 2 stanza singola con bagno interno costituita da n. 1 letto e n. 2 sedie (per accompagnatori - visitatori);
- zona open space in cui verranno disposte n.6 poltrone con bagno posizionato sul corridoio posizionata dietro la sala infermieri;

## Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

Dovranno essere inoltre presenti locali accessori, quali:

- locale lavoro comprensivo di un luogo dedicato alla tele assistenza
- deposito pulito, deposito sporco
- locale lavapadelle e vuotatoio
- locale ristoro
- locale soggiorno
- servizi igienici differenziati per l'utenza femminile e maschile
- locale spogliatoio infermieristico e di supporto con servizi igienici dedicati

Per quanto concerne la dotazione organica dovranno essere assegnati alla degenza:

- 7 Infermieri, che faranno riferimento ad un coordinatore infermieristico scelto all'interno dello stesso dipartimento
- 5 Operatori sociosanitari

La suddivisione giornaliera del personale sarà:

- **Turno mattino** 1 infermiere + 1 Operatori sociosanitari
- **Turno pomeriggio** 1 infermiere + 1 Operatore sociosanitari
- **Turno notte** 1 infermiere + 1 Operatore sociosanitario
- **Turno giornata** 1 infermiere (accettazione e progetto teleassistenza)

Il reclutamento del personale infermieristico avverrà tramite pubblicazione di manifestazione di interesse per il personale dell'azienda, tra i requisiti verrà richiesta esperienza professionale almeno triennale (nell'ultimo quinquennio) in ambito medico.

Il personale infermieristico verrà assegnato alla degenza tenendo in considerazione :

- l'interesse mostrato dal dipendente al progetto in essere (eventuale colloquio conoscitivo/motivazionale),
- le esigenze organizzative quali mobilità, giudizi di idoneità, riduzione dell'orario
- valorizzazione delle competenze (master in case management - master assistenza integrate Ospedale - territorio )

## Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

La grave carenza di personale infermieristico, nota sia a livello regionale sia a livello nazionale, pone a tutte le Direzioni opportune riflessioni atte a ridurre lo shortage dei professionisti sanitari.

L'attivazione della degenza infermieristica permetterebbe al personale coinvolto di essere parte integrante di un progetto innovativo, in grado di valorizzare le competenze professionali maturate.

Inoltre potrebbe essere incluso e valorizzato nel progetto personale in riduzione oraria (part time) o con un giudizio di idoneità non completamente pieno, favorendo la presa in carico del paziente attraverso la teleassistenza.

### **CRITERI DI INCLUSIONE alla degenza infermieristica**

- Assistiti clinicamente stabili vigili e collaboranti nelle attività di vita quotidiana attraverso una misurazione oggettiva definita dal valore derivante dall'indice di Barthel (valore tra 61-90 indicano una dipendenza moderata)
- Assistiti con terapia infusionale/enterale prescritta, non di nuova prescrizione
- Assistiti con data di dimissione definita entro le 24 - 72 ore dall'accettazione
- Assistiti in attesa di consulenza interna senza impatto sulla condizione clinica entro le successive 72 ore successive alla dimissione dal reparto per acuti
- Assistiti in attesa di attivazione di caregiver , di dispositivo medico/presidio o terapia al domicilio (es. Ossigeno, fornitura sacche dialisi peritoneale) entro le 72 ore successive alla accettazione presso la degenza infermieristica

### **CRITERI DI ESCLUSIONE alla degenza infermieristica**

- Assistiti con stato di vigilanza alterato, non collaboranti, totalmente dipendenti e/o agitazione psicomotoria

### **Organizzazione delle attività e delle risorse**

Alla degenza afferiranno assistiti in dimissione nella giornata stessa o assistiti dimissibili (data già definita) entro le 24- 72 ore successive verso domicilio/struttura.

La scelta di estendere il range a 72 ore deriva dall'analisi dei dati raccolti, in cui risulta che il tempo di rinvio della dimissione soprattutto negli assistiti dimessi verso le strutture esterne presenti sul territorio vengono comunicate tra le 48-72 ore in anticipo.

### **Orari di accettazione degli assistiti**

L'attività assistenziale è garantita h 24 - 7 giorni su sette, ma l'ammissione degli assistiti avverrà in due momenti della giornata :

## Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

- Mattino: dalle 08.30-11.30
- Pomeriggio: dalle 14.00 – 16.00.00

La scelta di definire due fasce orarie in coincidenza con le prime ore dei turni del mattino e del pomeriggio è per liberare i posti in area medica così da favorire i ricoveri da Pronto soccorso

Qualora dopo il trasferimento le condizioni cliniche del paziente dovessero variare, quindi peggiorare, l'assistito sarà immediatamente rinvio nel reparto di appartenenza.

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

**Tabella delle Responsabilità (R) e Informato (I)**

<b>Attività</b>	<b>Medico di degenza</b>	<b>Bed manager</b>	<b>Infermiere/ coordinatore infermieristico degenza area medica</b>	<b>Infermiere degenza infermieristica</b>	<b>Operatore di supporto degenza infermieristica</b>
Dimissione	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>I</b>		
Invio modulo di richiesta trasferimento Unità degenza infermieristica			<b>R</b>		
Controllo dei criteri per ammissione presso unità degenza infermieristica		<b>R</b>		<b>I</b>	
Verifica della documentazione (lettera di trasferimento)		<b>I</b>		<b>R</b>	
Assegnazione della postazione e presa in carico				<b>R</b>	<b>I</b>
Somministrazione terapia orale/ infusionale e attività educativa				<b>R</b>	
Trasferimento del paziente dalla degenza per acuti alla degenza infermieristica				<b>R</b>	<b>I</b>
Prenotazione dei pasti per i giorni successivi					<b>R</b>
Contatti con strutture territoriali e parenti domicilio				<b>R</b>	
Dimissione del paziente dall'Unità degenza infermieristica				<b>R</b>	<b>I</b>
Riordino e sanificazione unità letto/poltrona					<b>R</b>

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

Allegato : Modulo di trasferimento in unità gestione infermieristica

### ***Interconnessione territorio***

Il principale punto di forza della degenza a gestione infermieristica sarà l'interconnessione della stessa al territorio. Come evidenziato dai dati raccolti la maggior parte delle dimissioni dell'area medica sono verso il domicilio e verso le cure intermedie

A tal fine verrà assegnata una risorsa infermieristica, fascia oraria giornaliera, che si occuperà di garantire la presa in carico e l'interconnessione Ospedale - territorio.

A seconda del setting post dimissione definito le attività saranno :

### ***Dimissioni al domicilio***

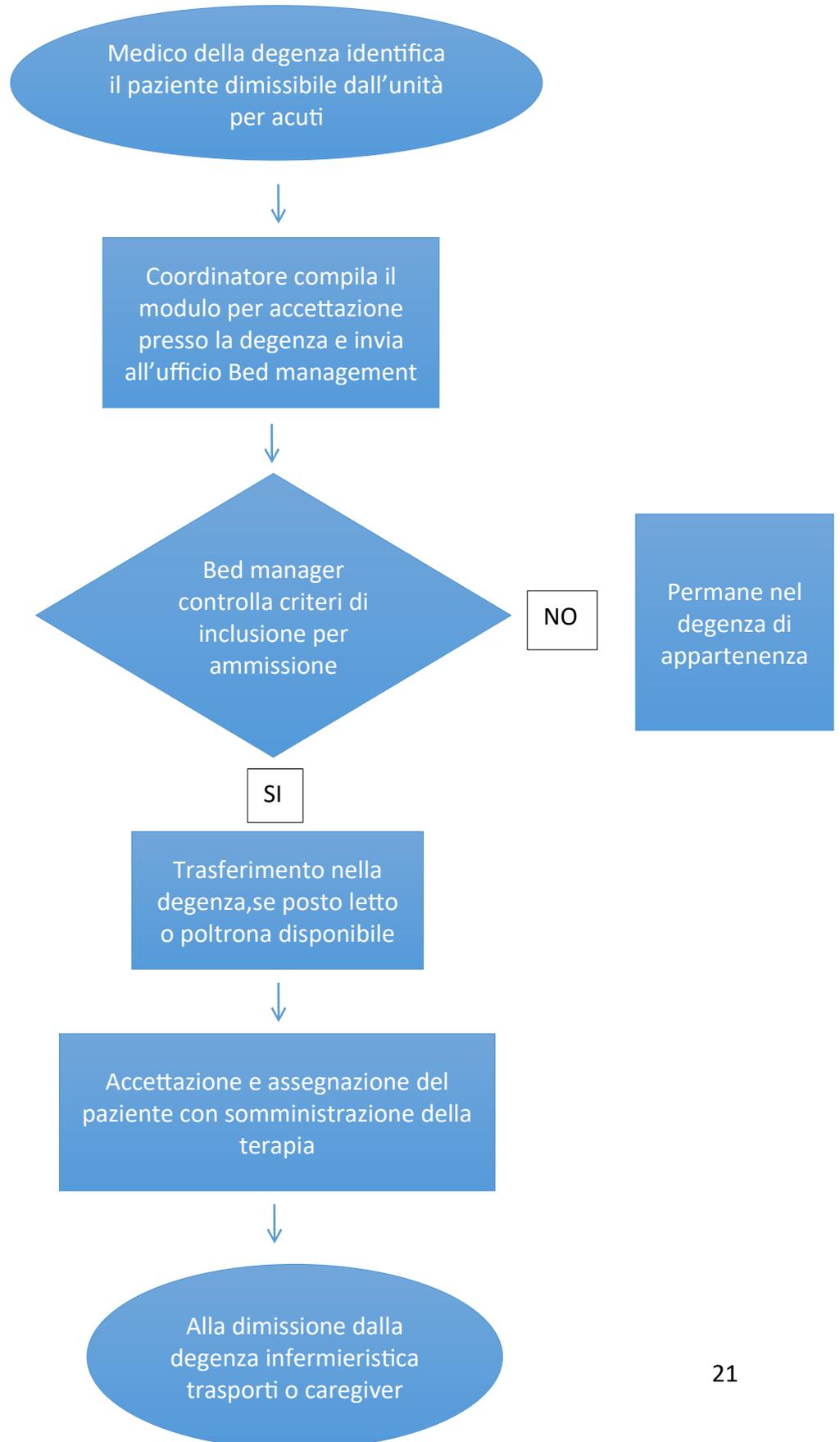
- Avisare COT del distretto di riferimento
- Condivisione del programma definito
- Se attivata ADI, contattare IFEC di riferimento per condivisione bisogni assistenziali
- In ogni caso erogazione di teleassistenza attraverso videoterminale (tempo stimato 15 minuti a chiamata) al paziente - caregiver di riferimento il primo giorno post dimissione e successivamente a 7 e 14 giorni dalla dimissione

### ***Dimissioni strutture***

- Avisare COT del distretto di riferimento
- Condivisione del programma definito
- Chiamata al caregiver, informarlo riguardo al PUA di afferenza e comunicare recapito telefonico da contattare una volta dimesso per rivalutazione
- In ogni caso erogazione di teleassistenza attraverso videoterminale (tempo stimato 15 minuti a chiamata) al paziente/caregiver di riferimento il primo giorno post dimissione e successivamente a 7 e 14 giorni dalla dimissione

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

**DIAGRAMMA DI FLUSSO**



Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

Trattandosi di un progetto pilota è stato predisposto un GANTT DI PROGETTO, al fine di definire l'arco temporale per la messa in atto di tutto il programma (definibile in mesi non declinabile in un anno specifico)

<b>GANNT DI PROGETTO :</b>	<b>entro 2 mesi</b>	<b>entro 4 mesi</b>	<b>Entro 6 mesi</b>	<b>Fine progetto</b>
<b>Revisione della letteratura e analisi dati</b>				
<b>Definizione del gruppo progetto</b>				
<b>Analisi dei costi totali di realizzazione</b>				
<b>Presentazione condivisione del progetto con direzione strategica</b>				
<b>Documentazione sanitaria : strutturazione I.O. e moduli allegati</b>				
<b>Presentazione del progetto ai direttori dell'unità di degenza infermieristica</b>				
<b>Realizzazione dell'UDI</b>				
<b>Attivazione dell'UDI</b>				
<b>Monitoraggio e valutazione degli indicatori di risultato</b>				

## ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

L'analisi dei costi dell'attivazione di una degenza a gestione infermieristica dovrà tener conto principalmente di due variabili che andranno ad impattare sugli stessi: il costo medio della giornata di degenza e il costo dei professionisti sanitari.

Per quanto concerne il costo medio di una giornata di degenza si andrà a fare la differenza tra quello relativo ad una degenza medica e quella relativo ad una degenza infermieristica. Per fare questo si è deciso di assimilare la degenza infermieristica ad un ospedale di comunità hub, in quanto per le caratteristiche espresse nel D.M.77/2022 è la soluzione organizzativa più simile rispetto al progetto pilota proposto.

Di seguito si riporta tabella a titolo esemplificativo:

	Degenza area medica	Degenza infermieristica – Ospedale di comunità	Differenza
<b>Costo medio giornata di degenza</b>	400	154	246

La differenza sta ad indicare il risparmio giornaliero espresso in euro. Va però precisato che il risparmio potrebbe essere ancora maggiore, nei costi dell'ospedale di comunità hub è previsto anche quello del personale medico. La tabella sottostante riporta il costo pieno giornaliero per singolo posto letto (modulo 20 pl).

	FIGURE ASSISTENZIALI	Composizione %	TOTALE RISORSE (impiegate per modulo da 20 pl)	COSTO COMPLESSIVO IMPEGNO PROFESSIONALE (Euro)	COSTO GIORNALIERO FIGURA PROFESSIONALE ((Euro)	COSTO GIORNALIERO FIGURA PROFESSIONALE PER P.L. ((Euro)	Debite minime (h)	Costo annuo
COSTI DIRETTI ASSISTENZIALI (max di figure assistenziali)	MEDICI	79%	1	108.000	2.421,92	121,10	1.590	120.000
	COORDINATORE INFERMIERISTICO		1	60.000			1.490	60.000
	INFERMIERI		8	400.000			1.490	50.000
	OGS		6	228.000			1.490	38.000
	ALTRO PERSONALE CON FUNZIONI BIARBITRATIVE		2	88.000			1.490	44.000
COSTI DIRETTI ASSISTENZIALI	Dispositivi e farmaci	3%		3,63				
COSTI DEI SERVIZI DI SUPPORTO DIRETTI	Altri costi di supporto diretti (smaltimento rifiuti, mensa degenza)	18%		21,80				
COSTI INDIRETTI (Costi Generali e Amministrativi)	Costi generali di struttura	6%		1,27				
<b>COSTO GIORNALIERO PER SINGOLO P.L. (MODULO 20 P.L.)</b>					<b>153,79</b>			

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

Per quanto concerne la dotazione organica si andrà a differenziare l'organico necessario per una degenza medica e quello per una degenza infermieristica.

<b>Personale</b>	<b>Degenza area medica</b>	<b>Degenza infermieristica</b>	<b>Differenza</b>
<b>Infermieri</b>	11	7	- 4
<b>Operatori di supporto</b>	4	5	+ 1

Come rappresentato nella tabella la soluzione proposta permetterebbe di andare a risparmiare il costo di 4 infermieri.

Non si può non tener conto che in un contesto storico come quello attuale il risparmio di una risorsa infermieristica da poter assegnare ad altro servizio ha una valenza strategica.

## RISULTATI ATTESI

Il progetto si pone diversi risultati, tutti misurabili attraverso un pannello di indicatori creati ad hoc. In primis l'efficientamento dei flussi degli assistiti all'interno dell'ospedale, poiché avendo a disposizione un'area dedicata che si occuperebbe della gestione degli assistiti con brevissimo turn-over sia nella giornata stessa che nelle successive 72 ore, si avrebbe la possibilità di liberare per quanto possibile i reparti per acuti, garantendo posti letto a chi necessita ancora di un ricovero ma non si trova più in fase di acuzia.

- **Riduzione dei costi per i presidi ospedalieri:** Sulla base dei dati raccolti, delle giornate medie di degenza in area medica e del costo unitario di ricovero in area medica si può calcolare la differenza, quindi in termini economici il "ricavo" derivante dall'apertura di una degenza a gestione infermieristica (ricovero ordinario post-acuzie).  
La stima in un anno è di avere dei ricavi maggiori per circa il 10% agendo sulla riduzione dei giorni di ricovero dei pazienti nei reparti per acuti.

- **Aumento della disponibilità dei posti letto a bassa intensità** a gestione infermieristica per i ricoveri ordinari post-acuzie: il progetto si propone di garantire circa 1.825 posti letto aggiuntivi (considerando circa 48 ore di ricovero) ogni anno

- **Riduzione dei giorni di degenza** nelle s.c. di area medica e **Riduzione nr. Ricoveri oltre 30 giorni:**  
Nelle degenze di area medica considerando un tasso di occupazione dei letti pari al 99% e ad una degenza media di circa 12 giorni, il principale risultato avverrebbe attraverso la riduzione dei giorni di degenza grazie all'uscita precoce dei pazienti che terminano il percorso diagnostico terapeutico nel reparto per acuti ma che attendono la dimissione a causa di trasferimento presso struttura/rsa/domicilio. Risultato proposto; attualmente non calcolabile è di accorciare la degenza di 2-3 giorni rispetto alla media attualmente presente

**Riduzione dei tempi di boarding: (aumento % ricoveri medici entro 4 giorni)** nei pronto soccorso: in considerazione da quanto richiesto dalla DGR XI/6893 del 2022 in cui attraverso una serie di misure si prevede la riduzione del tempo di boarding nei pronto soccorso, garantendo il ricovero da triage entro 8 ore. Il Progetto si pone di raggiungere questo risultato grazie ai trasferimenti precoci e nei tempi corretti di tutti gli assistiti che devono essere dimessi nella mattinata ma che per diverse motivazioni vengono rinviate nel primo pomeriggio/sera (es. Attesa di referti ematici, attesa di consulenti previsti nella mattinata, attesa dei parenti che per varie motivazioni richiedono di spostare gli orari di dimissione nel pomeriggio).

Secondo una stima effettuata sulla base dei dati raccolti presentati nei capitoli precedenti si presuppone che circa il 30% delle dimissioni venga posticipato dall'orario mattutino all'orario pomeridiano/serale per le motivazioni sopra descritte. Attraverso la presenza di n.6 poltrone

## Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

accessibili per questi casi specifici si potrebbe accelerare la liberazione del posto letto quindi la pulizia e la preparazione dell'unità letto anticipando il ricovero del nuovo pazienti di circa 6-8 ore.

### - **Soddisfazione del paziente:**

Si utilizzerà la customer satisfaction, lo strumento attraverso cui si può misurare il grado di soddisfazione dell'assistito rispetto al breve ricovero nella degenza, all'ingresso, valutando voci come servizi, struttura, personale.

### - **Intervenire sulla retention strategy e limitare il turnover:**

A fronte di una gravissima e nota carenza regionale e nazionale del personale infermieristico è fondamentale proporre soluzioni innovative in cui si riesca anche ad intervenire sulla soddisfazione del personale (Shin et al. 2020) affinché il professionista si senta parte integrante di un progetto. L'unità di degenza infermieristica permetterebbe alla direzione delle professioni sanitarie di intervenire sul fenomeno attuando modalità di reclutamento trasparenti che mirino ad identificare per la degenza infermieristica il personale con comprovata esperienza e competenza nell'ambito, valutando anche nella turnazione del personale presente, dipendenti con orario ridotto o limitazioni funzionali compatibili con la funzionalità del servizio.

### - **Riduzione della violenza sugli operatori:**

Ultimo risultato ma non meno importante riguarda la violenza fisica/verbale sugli operatori sanitari; ogni anno circa 5 mila infermieri subiscono violenze fisiche o verbali: circa 13-14 al giorno (Istat 2023).

La percentuale aumenta in modo esponenziale per gli operatori sanitari che lavorano in prima linea; difatti l'89,6% degli infermieri che lavora per esempio nel triage ospedaliero che "accoglie" i pazienti e li smista nella struttura con tempi spesso lunghi non dovuti però alla professionalità dell'operatore, ma all'organizzazione è stato vittima, di violenza fisica/verbale/telefonica o di molestie sessuali da parte dell'utenza sui luoghi di lavoro (FNOPI 2023).

Durante l'audizione alla Camera, dinnanzi alle Commissioni riunite Giustizia e Affari Sociali, nell'ambito dell'esame dei progetti di legge recanti "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni", la FNOPI ha proposto una serie di suggerimenti per il disegno di legge tra cui :

- snellimento delle attese stressanti in pronto soccorso con meccanismi di smistamento alternativi a bassa intensità e gestione infermieristica per ridurre la tensione e la reattività dei pazienti.

Il progetto qui presentato si colloca perfettamente per il raggiungimento di questo obiettivo in quanto la presenza di posti letto e poltrone per l'efficientamento dei flussi degli assistiti da pronto soccorso, al reparto per acuti e infine alla degenza infermieristica interverrebbe prontamente anche sui tempi di permanenza degli assistiti nei pronto soccorso evitando malumori, disagi e difficoltà per il personale sanitario, gli assistiti stessi e i loro caregiver.

A conferma dell'importanza della tematica descritta il 2 Ottobre 2024 è entrato in vigore il D.L. n. 137/2024 "**Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei**

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

**professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria"** che introduce una serie di misure per contrastare le violenze sul luogo di lavoro, riconoscendo la necessità di proteggere in maniera più efficace il personale sanitario. Il decreto prende in considerazione le segnalazioni crescenti di episodi di aggressioni fisiche e verbali a danno di medici, infermieri e altri operatori sanitari.

## CONCLUSIONE

L'obiettivo del progetto era di identificare una strategia appropriata per efficientare il turn-over dei posti letto nelle strutture sanitarie Lombarde, nello specifico nelle aree mediche, al fine di ridurre il fenomeno dei delayed discharge/dimissioni ritardate.

La fine del ricovero, o meglio il momento in cui il medico/clinico definisce un assistito come dimissibile troppo spesso non corrisponde al reale momento di dimissione, ma spesso si traduce in tempi di attesa medio-lunghi dovuti a problemi organizzativi sia interni al presidio Ospedaliero che esterni nella fruizione delle strutture territoriali. Difatti l'identificazione di una modalità efficace ed efficiente che garantisca la prosecuzione del percorso dell'assistito nell'unità di degenza infermieristica, non solo libererà precocemente il posto letto nell'unità per acuti ma diverrà la sede in cui verranno attivati precocemente i canali esterni, quali il territorio, il domicilio, le strutture riabilitative e non per ultime le reti delle cure palliative affinché la presa in carico del paziente divenga più efficace e di qualità, riducendo/evitando anche eventuali re-ingressi nei mesi successivi.

Il progetto pilota attualmente non è stato applicato in nessuna realtà sanitaria, ma sono stati descritti dettagliatamente i vari step da condurre per l'attivazione. Qualora all'attivazione i risultati previsti venissero raggiunti potrebbe ritenersi un modello esportabile su qualsiasi tipo di struttura sanitaria (ASST-IRCCS..) e contesto clinico (medico, chirurgico).

## Istruzione Operativa :

Presidio ospedaliero	<b>Unità di Degenza Infermieristica</b>		<b>s.c. DAPSS</b>
Data	Redazione	Verifica	Approvazione

### **Introduzione:**

Uno dei principali ambiti di interesse delle Direzioni delle Aziende Sanitarie riguarda l'ottimizzazione dei flussi dei assistiti presenti nelle degenze per acuti, garantendo la continuità assistenziale ed una effettiva presa in carico degli stessi.

L'attuale condizione demografica e il conseguente aumento delle comorbidità e delle comorbilità della popolazione, ha un impatto negativo sempre più rilevante sul sistema sanitario portando ad un aumento degli accessi presso i punti di primo soccorso, generando di fatto un sovraffollamento dei sistemi di emergenza – urgenza e portando un aumento delle giornate di degenza dei assistiti ricoverati

Quanto accade è un fenomeno di sproporzione tra le necessità di cure in emergenza e le capacità dell'ospedale di fornire i dovuti servizi.

### **Scopo:**

La presente I.O. definisce le modalità di attivazione di una degenza a gestione infermieristica con lo scopo di facilitare il flusso di pazienti dimissibili dai contesti per acuti e favorire conseguentemente i ricoveri nei reparti riducendo anche il tempo di boarding in pronto soccorso.

### **Struttura dell'unità di Degenza Infermieristica:**

La degenza sarà costituita da 10 posti letto, in cui far afferire tutti i degenti che hanno concluso il loro iter diagnostico terapeutico ed in dimissione entro le 24 – 72 ore successive.

### **Criteri strutturali :**

La degenza dovrà prevedere 10 posti letto e di 6 postazioni tecniche, suddivise in :

- 4 stanze doppie con bagno interno costituita da n.2 letti e 2
- 2 stanza singola con bagno interno costituita da n. 1 letto e 2 sedie
- zona open space in cui verranno disposte n.6 poltrone con bagno posizionato sul corridoio (posizionate dietro la sala infermieri)

Presenza di locali accessori:

- 1 locale lavoro comprensiva di un luogo **dedicato alla tele assistenza**
- deposito pulito, deposito sporco
- locale lavapadelle e vuotatoio
- locale ristoro
- locale soggiorno
- servizi igienici differenziati per l'utenza femminile e maschile
- locale spogliatoio infermieristico e di supporto con servizi igienici dedicati

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

### **Dotazione organica e organizzazione delle Risorse**

- 1 Coordinatore infermieristico,
- 8 Infermieri
- 6 Operatori sociosanitari

Il personale è suddiviso nei turni :

- **Turno mattino** 1 infermiere + 2 Operatori sociosanitary
- **Turno pomeriggio** 1 infermiere + 1 Operatore sociosanitary
- **Turno notte** 1 infermiere + 1 Operatore sociosanitario
- **Turno giornata** 1 infermiere (accettazione e progetto telessistenza)

### ***CRITERI DI INCLUSIONE*** alla degenza infermieristica:

- Assistiti clinicamente stabili vigili e collaboranti nelle attività di vita quotidiana attraverso una misurazione oggettiva definita dal valore derivante dall'indice di Barthel (valore tra 61-90 indicano una dipendenza moderata)
- Assistiti con terapia infusione/enterale prescritta, non di nuova prescrizione
- Assistiti con data di dimissione definita entro le 24 - 72 ore dall'accettazione
- Assistiti in attesa di consulenza interna senza impatto sulla condizione clinica entro le successive 72 ore successive alla dimissione dal reparto per acuti;
- Assistiti in attesa di attivazione di caregiver , di dispositivo medico/predisio o terapia al domicilio (es. Ossigeno, fornitura sacche dialisi peritoneale) entro le 72 ore successive alla accettazione presso la degenza infermieristica

### ***CRITERI DI ESCLUSIONE*** alla degenza infermieristica :

- Assistiti con stato di vigilanza alterato, non collaboranti, totalmente dipendenti e/o agitazione psicomotoria

### **Organizzazione delle attività e delle risorse :**

Alla degenza afferiranno assistiti in dimissione nella giornata stessa o assistiti dimissibili (data già definita) entro le 24- 72 ore successive verso domicilio/struttura.

### **Orari di accettazione degli assistiti :**

L'attività assistenziale è garantita h 24 - 7 giorni su sette, ma l'ammissione degli assistiti avverrà in due momenti della giornata :

- Mattino: dalle 08.30-11.30
- Pomeriggio: dalle 14.00 – 16.00.00

**Allegato 1** : Modulo di richiesta per il trasferimento in Unità di Degenza Infermieristica

## All. 1 Modulo per il trasferimento in Unità di Degenza Infermieristica (UDI) :

U.O. dimettente : \_\_\_\_\_

### Dati anagrafici del paziente :

Cognome/Nome : \_\_\_\_\_

Data e luogo di Nascita : \_\_\_\_\_

SDO : \_\_\_\_\_

### Diagnosi di ingresso e comorbidità :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosi alla dimissione : \_\_\_\_\_

Nome/cognome e Numero telefono caregiver di riferimento \_\_\_\_\_

---

### Criteri inclusione al trasferimento :

Data dimissione prevista : \_\_\_\_\_

Luogo di dimissione previsto : \_\_\_\_\_ (fornire contatto telefonico/mail)

Indice di Barthel all'ingresso presso UDI : \_\_\_\_\_

Presenza Ossigeno terapia (indicare il dispositivo)      SI - NO \_\_\_\_\_

Bisogno di movimento : Deambula SI NO  
   Carrozzina SI NO  
   Letto/barella SI NO

In attesa di consulenza interna SI - NO

In attesa di dispositivi al domicilio : SI - NO

Terapia infusionale in atto (allegare foglio di terapia) \_\_\_\_\_

Si alimenta SI - NO (eventuali diete e/o allergie)

### Modalità di dimissione:

Ambulanza/mezzo attrezzato : \_\_\_\_\_

Familiari/caregiver : \_\_\_\_\_

Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

Delibera della Giunta Regionale Lombardia nr. XI/6893 del 05/09/2022

## BIBLIOGRAFIA

Australasian College for Emergency Medicine. *ACEM Workforce Sustainability Survey Report*; ACEM Melbourne, Australia, 2016.

Bibbins-Domingo K. 2019. Integrating Social Care Into the Delivery of Health Care. *JAMA*. 322(18):1763-1764.

Bender D, Holyoke P. 2018. Why some patients who do not need hospitalization cannot leave: A case study of reviews in 6 Canadian hospitals. *Healthc Manage Forum*. 31(4):121-125.

Benson RT, Drew JC, Galland RB. 2006. A waiting list to go home: an analysis of delayed discharges from surgical beds. *Ann R Coll Surg Engl*. 88(7):650-652.

Challis D, Hughes J, Xie C, Jolley D. 2014. An examination of factors influencing delayed discharge of older people from hospital. *Int J Geriatr Psychiatry*. 29(2):160-168.

Davy A, Hill T, Jones S, Dube A, Lea SC, Watts KL, Asaduzzaman MD. 2021. A predictive model for identifying patients at risk of delayed transfer of care: a retrospective, cross-sectional study of routinely collected data. *Int J Qual Health Care*. 33(3)

DeVolder R, Serra-Sastre V, Zamora B. 2020. Examining the variation across acute trusts in patient delayed discharge. *Health Policy*. 124(11):1226-1232.

Emergency Medicine Practice Committee, ACEP. *Emergency Department Overcrowding: High Impact Solutions*; ACEP: Irving, TX, USA, 2016.

El-Eid GR, Kaddoum R, Tamim H, Hitti EA. 2015. Improving hospital discharge time: a successful implementation of Six Sigma methodology. *Medicine*. 94(12):e633.

Everall AC, Guilcher SJT, Cadel L, Asif M, Li J, Kuluski K. 2019. Patient and caregiver experience with delayed discharge from a hospital setting: A scoping review. *Health Expect*. 22(5):863-873.

Federazione Nazionale Ordine Professioni infermieristiche anno 2023

Gaughan J, Gravelle H, Santos R, Siciliani L. 2017. Long-term care provision, hospital bed blocking, and discharge destination for hip fracture and stroke patients. *Int J Health Econ Manag*. 17(3):311–331

Görgülü B, Dong J, Hunter K, Bettio KM, Vukusic B, Ranisau J, Spencer G, Tang T, Sarhangian V. 2023. Association Between Delayed Discharge From Acute Care and Rehabilitation Outcomes and Length of Stay: A Retrospective Cohort Study. *Arch Phys Med Rehabil*. 104(1):43-51.

Heckman GA, Arthur S, Costa AP. 2021. Delayed discharge and frailty, delirium and functional decline. *CMAJ*. 193(6):E221

Istituto Nazionale di Statistica anno 2022 - 2023

## Efficientamento del turn-over dei posti letto in area medica: una degenza a gestione infermieristica interconnessa al territorio

Landeiro F, Roberts K, Gray AM, Leal J. 2019. Delayed Hospital Discharges of Older Patients: A Systematic Review on Prevalence and Costs. *Gerontologist*. 59(2):e86-e97.

Lenzi J, Mongardi M, Rucci P, Di Ruscio E, Vizioli M, Randazzo C, Toschi E, Carradori T, Fantini MP. 2014. Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharges: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*.14:128.

Manzano-Santaella A. 2010. From bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept. *Health Serv Manage Res*. 23(3):121- 127.

McGilton KS, Vellani S, Krassikova A, Robertson S, Irwin C, Cumal A, Bethell J, Burr E, Keatings M, McKay S et al. 2021. Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. *BMC Geriatr*. 21(1):210

Micallef A, Buttigieg SC, Tomaselli G, Garg L. 2022. Defining Delayed Discharges of Inpatients and Their Impact in Acute Hospital Care: A Scoping Review. *Int J Health Policy Manag*. 11(2):103-111.

Moore G, Hartley P, Romero-Ortuno R. 2018. Health and social factors associated with a delayed discharge amongst inpatients in acute geriatric wards: A retrospective observational study. *Geriatr Gerontol Int*. 18(4):530-537.

Pellico-López A, Cantarero D, Fernández-Feito A, Parás-Bravo P, Cayón de Las Cuevas J, Paz-Zulueta M. 2019. Factors Associated with Bed-Blocking at a University Hospital (Cantabria, Spain) between 2007 and 2015: A Retrospective Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*. 16(18):3304

Pollaris, G.; Sabbe, M. Reverse triage: More than just another method. *Eur. J. Emerg. Med*. 2016, 23, 240–247.

Richardson, D.B.; Mountain, D. Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. *Med. J. Aust*. 2009, 190, 369–374.

Rojas-García A, Turner S, Pizzo E, Hudson E, Thomas J, Raine R. 2018. Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review. *Health Expect*. 21(1):41-56.

Savioli G, Ceresa IF, Gri N, Bavestrello Piccini G, Longhitano Y, Zanza C, Piccioni A, Esposito C, Ricevuti G, Bressan MA. Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *Journal of Personalized Medicine*. 2022; 12(2):279

Shin, S. et al. (2020) 'Impact of nurse staffing on intent to leave, job satisfaction, and occupational injuries in Korean hospitals: A cross-sectional study.', *Nursing & health sciences*, 22(3)

Tanke MAC, Feyman Y, Bernal-Delgado E, Deeny SR, Imanaka Y, Jeurissen P, Lange L, Pimperl A, Sasaki N, Schull M et al. 2019. A challenge to all. A primer on inter-country differences of high-need, high-cost patients. *PLoS One*. 14(6):e0217353

Vinci A, Furia G, Cammalleri V, Colamesta V, Chierchini P, Corrado O, Mammarella A, Ingravalle F, Bardhi D, Malerba RM, et al. 2024. Burden of delayed discharge on acute hospital medical wards: A retrospective ecological study in Rome, Italy. *PLoS One*. 19(1):e0294785 [circa 18 p.].

