



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

**Il nuovo ruolo dell'infermiere bed manager
nella gestione del patient flow**

Relatore: Chiar.ma
Federica Sorbi

Tesi di Laurea di: Dott.ssa
Ilenia Merlini

A.A. 2019/2020

“O porti almeno una soluzione, o anche tu fai parte del problema.”

Confucio

Riassunto

Introduzione: il fenomeno del sovraffollamento delle strutture di pronto soccorso (PS) è un problema critico per l'intero sistema sanitario che si manifesta in PS/DEA, ma riguarda tutta la filiera delle cure, dal territorio all'ospedale e viceversa. Si è così resa necessaria l'introduzione di una nuova figura all'interno dell'assetto organizzativo degli ospedali, ovvero quella del "bed manager" (BM) che diviene di fatto il centro di coordinamento dell'intero flusso dei pazienti. A partire dalla determina 357/DG del 20 giugno 2017, la direzione ASUR Marche ha introdotto tale figura in tutta l'Azienda. Nell'Area Vasta 5 è a pieno titolo dal gennaio 2018 nei P.O. di San Benedetto del Tronto ed Ascoli Piceno. L'obiettivo dello studio è quello di contribuire alla definizione di un piano sistematico di miglioramento e di ottimizzazione del patient flow.

Metodo: lo studio si è svolto presso il P.O. C e G "Mazzoni" di Ascoli Piceno dal 1° aprile 2019 al 30 maggio 2020 ed ha previsto: l'individuazione e l'analisi degli indicatori del crowding, lo studio delle variazioni del NEDOCS score (National Emergency Department Overcrowding Study) articolato in 4 orari giornalieri (8.00-12.00-13.00-16.00), l'analisi delle criticità del sistema di organizzazione del bed management attraverso interviste strutturate ai coordinatori delle U.O coinvolte, il confronto con otto diverse realtà italiane dove tale sistema è attivo a pieno regime e la proposta di un regolamento operativo.

Risultati: l'attività del BM risulta chiaramente positiva sulla riduzione dell'affollamento del PS calcolato attraverso l'indice NEDOCS che si riduce dopo il suo intervento in 266 giorni su 365, ed il cui aumento è critico solo nel 5% dei casi restanti. Inoltre un valore elevato alle ore 8 predice al 100% un affollamento maggiore nelle ore successive. Il bisogno più sentito dagli operatori è quello di un sistema informatizzato che autoregoli il lavoro degli operatori stessi. Il regolamento proposto quindi, ispirato dal confronto con i sistemi di gestione del posto letto delle Aziende Sanitarie Italiane più attive, impone regole rigide di comportamento per i reparti di degenza, incarica la ditta informatica di progettare un programma in modo da offrire una rapida visualizzazione da parte dei medici del pronto soccorso dei posti letto occupati, disponibili, prenotati o in dimissione programmata in tutti i reparti coinvolti, comprendendo i dati identificativi dei pazienti e sanzionando gli operatori che non si attengono ad esso, senza cause oggettivamente motivate.

Conclusioni: L'organizzazione sanitaria è dunque chiamata ad evolversi in base al cambiamento della domanda, in maniera da garantire un'assistenza sempre più adeguata alle esigenze dei pazienti e le massime condizioni di sicurezza per i ricoverati attraverso la messa a punto di strumenti operativi in grado di migliorare la gestione ed in particolare la capacità di creare "disponibilità" in termini di posti letto.

INDICE

| | |
|----------------------------|---|
| ABBREVIAZIONI | 6 |
|----------------------------|---|

| | |
|--|---|
| INTRODUZIONE E BACKGROUND | 7 |
|--|---|

CAPITOLO 1

| | |
|---|---|
| Il sovraffollamento in pronto soccorso | 8 |
|---|---|

| | |
|----------------------|---|
| 1.1 Definizione..... | 8 |
|----------------------|---|

| | |
|--|---|
| 1.2 Gli indicatori del sovraffollamento..... | 8 |
|--|---|

| | |
|--------------------------|----|
| 1.3 L'indice NEDOCS..... | 10 |
|--------------------------|----|

CAPITOLO 2

| | |
|-----------------------------|----|
| Il bed manager | 12 |
|-----------------------------|----|

| | |
|------------------------------------|----|
| 2.1 La figura del bed manager..... | 12 |
|------------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 2.2 Il bed manager in letteratura..... | 12 |
|--|----|

| | |
|---------------------------------------|----|
| 2.3 Le funzioni del bed manager... .. | 14 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|----------------------|----|
| 2.4 I requisiti..... | 15 |
|----------------------|----|

| | |
|-----------------------------------|----|
| 2.5 Il bed manager in Italia..... | 16 |
|-----------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 2.6 Il bed manager in ASUR Marche Area Vasta 5..... | 17 |
|---|----|

CAPITOLO 3

STUDIO SPERIMENTALE: Valutazione del crowding nel P.O. C e G

“Mazzoni” di Ascoli Piceno e proposta di un regolamento operativo sul bed

| | |
|----------------------------------|----|
| management | 19 |
| 3.1 Razionale dello studio..... | 19 |
| 3.2 Ipotesi di ricerca..... | 19 |
| 3.3 Obiettivi dello studio..... | 20 |
| 3.4 Materiali e metodi..... | 21 |
| 3.4.1 Setting ambientale..... | 21 |
| 3.4.2 Setting temporale..... | 21 |
| 3.4.3 Strumenti e procedure..... | 22 |
| 3.5 Risultati..... | 26 |
| 3.6 Discussione..... | 38 |
| CONCLUSIONE | 43 |
| BIBLIOGRAFIA | 44 |

ALLEGATI

ABBREVIAZIONI

| Abbreviazione | Spiegazione |
|----------------------|---|
| BM | Bed Manager |
| DEA | Dipartimento di Emergenza ed Accettazione d'urgenza |
| DM | Direzione Medica |
| ED | Emergency Department |
| MURG | Medicina d'Urgenza |
| OBI | Osservazione Breve Intensiva |
| PL | Posti Letto |
| P.O. | Presidio Ospedaliero |
| PS | Pronto Soccorso |
| UVI | Unità di Valutazione Integrata |
| UU.OO. / U.O. | Unità Operativa/e |

INTRODUZIONE E BACKGROND

L'emergenza/urgenza è un settore critico per l'intero sistema sanitario. In tempi molto brevi è necessario rispondere ad esigenze cliniche dei cittadini legate a patologie acute con situazione di pericolo di vita o complicanze di malattie croniche. L'andamento della domanda non è programmabile anche se può essere prevedibile in alcuni mesi dell'anno in base all'epidemiologia stagionale e nell'arco della giornata. I pazienti devono essere presi in carico, valutati, sottoposti ad idonei accertamenti che genereranno una dimissione, un'osservazione breve, un ricovero o un trasferimento presso altre strutture ospedaliere e non, secondo i criteri di appropriatezza. (1)

A partire dai primi anni di questo secolo, infatti, si è evidenziato in tutto il mondo sviluppato, il fenomeno del sovraffollamento delle strutture di pronto soccorso i cui determinanti appaiono molteplici. Si tratta pertanto di un problema dei sistemi sanitari che si manifesta in PS/DEA, ma riguarda tutta la filiera delle cure, dal territorio all'ospedale e viceversa.

In letteratura è ben noto che il sovraffollamento, la permanenza prolungata in pronto soccorso e il ritardo nella dimissione aumentano il rischio clinico (2,3), con un focus più recente sul rischio di cadute ed infezioni ospedaliere (4). Sono indispensabili ulteriori studi prospettici controllati ad hoc per concludere che la riduzione del sovraffollamento in ospedale determina un calo della mortalità, tuttavia resta comunque il ragionevole dubbio di una possibile relazione causale tra sovraffollamento in ospedale ed esiti dell'assistenza, per allocazioni dei pazienti non idonee, ritardi decisionali diagnostico-terapeutici, processi assistenziali modificati rispetto alla normale tempistica, standard e tempi non ottimali, aumentata durata della degenza, aumentato rischio di infezioni (5). Si è così resa necessaria l'introduzione di una nuova figura all'interno dell'assetto organizzativo degli ospedali: il bed manager. La limitata letteratura disponibile è per ora prevalentemente descrittiva. Un recente studio (6) mostra come, nei presidi ospedalieri dove è attiva la funzione del bed management, a fronte di un netto aumento di pazienti afferiti in pronto soccorso, si osserva un'analogica significativa riduzione della percentuale dei ricoveri e della richiesta di posti letto aggiuntivi.

CAPITOLO 1

IL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

1.1 DEFINIZIONE

Il fenomeno dell'iperafflusso di utenti in pronto soccorso, caratterizzato da un eccessivo e non programmabile sovraffollamento del PS, è un evento ampiamente conosciuto e studiato da anni nella letteratura anglosassone (7). Nonostante la crescente attenzione al fenomeno, persiste a tutt'oggi una carenza di consenso sia nella terminologia più corretta per riferirsi al sovraffollamento del PS, sia nella definizione operativa necessaria per meglio inquadrarlo e anche nel sistema più adeguato per misurarlo (8). In letteratura vengono abbastanza indifferentemente utilizzati, per riferirsi a esso, i termini crowding e overcrowding (9), anche se ultimamente viene data una certa preferenza all'impiego del termine crowding, essendo l'altro gravato da una intrinseca connotazione ulteriormente negativa (10). La definizione che ne è stata data dall'American College of Emergency Physicians (ACEP) nel 2006 è: "crowding occurs when the identified need for emergency services exceeds available resources for patient care in the ED, hospital or both" (11), stigmatizzando quindi il gap che si viene a determinare in questa circostanza tra richieste assistenziali dell'utenza e disponibilità di risorse da parte del PS o dell'ospedale per soddisfarle. Ovviamente questa situazione di periodico sovraffollamento del PS va nettamente distinta dalle maxiemergenze, che sottendono causalità del tutto diverse ed imprevedibili, e soluzioni ispirate da criteri definiti da apposite linee guida.

1.2 INDICATORI DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Analizzando la tematica dell'overcrowding, è possibile distinguere i seguenti indicatori:

- flussi del paziente in pronto soccorso;
- flussi intraospedalieri;
- continuità ospedale-territorio;
- clima professionale e diminuzione della litigiosità.

Riguardo i flussi paziente in pronto soccorso si calcolano:

- tasso di ricovero da PS, come il rapporto tra il numero di pazienti ricoverati dal pronto soccorso sul totale degli accessi al PS;

- tempo di attesa in pronto soccorso per codice triage, come la media per ciascun colore dei tempi di attesa tra l'assegnazione del codice al paziente dall'infermiere del triage alla chiamata per la prima visita del medico;
- tempo medio di permanenza in PS del paziente con indicazione al ricovero, come la media tra il momento della decisione del medico del pronto soccorso di ricoverare il paziente e l'effettiva accettazione dello stesso nel reparto di destinazione;
- tasso di abbandono del PS, come il rapporto tra il numero di pazienti che abbandonano il PS e il totale degli accessi;
- decessi al PS di pz con indicazione al ricovero, come numero dei pazienti deceduti al pronto soccorso nell'arco di tempo che va dalla decisione del medico del pronto soccorso di ricoverare il paziente e l'effettivo ricovero;
- numero di pazienti gestiti in OBI.

Riguardo i flussi intraospedalieri si calcolano:

- numero di pazienti fuori soglia per la medicina d'urgenza;
- degenza media, come il rapporto tra il numero dei giorni di degenza ed il totale dei ricoveri;
- percentuale di giornate oltre soglia, rispetto agli standard per ciascun reparto;
- tasso di occupazione, come il rapporto tra le giornate di degenza e $365 * i$ posti letto medi;
- tempi di erogazione di prestazioni radiologiche al paziente ricoverato, dalla richiesta all'esame effettivo;
- tempi di erogazione delle consulenze, dalla richiesta al referto;
- dimissioni per giorno della settimana;
- indice di "ciclo breve", come numero dei ricoveri chirurgici con degenza < 5 giorni che non includono il ricovero di sabato e domenica;
- numero pazienti appoggiati fuori dalla degenza della disciplina/area di ricovero.

Riguardo gli indicatori di continuità ospedale-territorio:

- ricoveri ripetuti precoci: <2 gg oppure >1 ma <4 gg oppure >4 ma <30 gg;
- volumi di attività del sistema, come numero dei pazienti presi in carico;
- efficacia del sistema, come tempi di attesa tra segnalazione UVI e dimissione del paziente.

Riguardo il clima professionale e diminuzione della litigiosità:

- indicatori ISPESL sullo stress lavoro correlato (questionario indicatore ISPESL-HSE);
- questionario ad hoc.

1.2 L'INDICE NEDOCS

Una delle scale di misurazione proposte dalla letteratura nella Medicina d'Emergenza-Urgenza, è l'indice NEDOCS, ovvero il "National Emergency Department Overcrowding Study". Esso è uno strumento in grado di "fotografare" la situazione di affollamento all'interno del pronto soccorso.

Allo stesso modo serve a restituirne un rimando valido per i professionisti della salute al fine di operare provvedimenti in grado di contenere eventuali situazioni di sovraffollamento.

Viene ideato nel 2004 dall' Academy of Emergency Medicine per individuare attraverso un valore numerico, dunque oggettivo, il sovraffollamento del pronto soccorso. Segue l'elenco degli items che vanno sommati fra loro per giungere all'indice sopradescritto:

1. numero dei letti di PS (OBI);
2. numero letti dell'ospedale;
3. n. totale dei pazienti in PS (OBI+ Letti bis+ barelle nei corridoi + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione + pazienti in attesa triage);
4. n. utenti ventilati con respiratore in PS;
5. tempo di attesa massimo per il ricovero (in ore);
6. n. totale utenti in attesa di ricovero;
7. tempo di attesa massimo da triage.

I valori ricavati sono divisi in sei classi, ognuna caratteristica di una determinata situazione di sovraffollamento:

0-20 "Not busy"

21-60 "Busy"

61-100 "Extremely busy but not overcrowded"

101-140 "Overcrowded"

141-180 "Severely overcrowded"

>181 "Dangerously overcrowded"

La formula con cui vengono legate tra loro tali variabili, restituendo come output il valore di sovraffollamento, è la seguente:

$$\text{NEDOCS} = -20 + 85.8 * \frac{x_c}{x_a} + 600 * \frac{x_f}{x_b} + 13.4 * x_d + 0.93 * x_{ev_2} + 5.64 * x_{gv_2}$$

dove:

- x_a è il numero totale di posti letto in pronto soccorso, inteso come il numero totale di postazioni in cui può essere posto un paziente in attesa e quindi letti, barelle, sedie
- x_b è il numero totale di letti in ospedale
- x_c è il numero di pazienti in pronto soccorso
- x_d è il numero di respiratori in uso in pronto soccorso
- x_{ev_2} è detto *admit time*, cioè il tempo di attesa massimo per ospedalizzazione e quindi il tempo di *boarding*
- x_f è il numero di pazienti in attesa di ospedalizzazione, cioè il numero di pazienti in *boarding*
- x_{gv_2} è il *reg time*, cioè il tempo massimo dal momento di ingresso in pronto soccorso alla visita, considerando il massimo tra il tempo dell'ultimo paziente visitato e quello dell'ultimo ricoverato.

Tale indice non va tradotto frettolosamente, ma va attentamente analizzato da parte degli operatori per riuscire ad individuare le aree in cui poter intervenire in modo celere al fine di sbloccare una situazione di stress del sistema.

CAPITOLO 2

IL BED MANAGER

2.1 LA FIGURA DEL BED MANAGER

Lo strumento organizzativo più idoneo per affrontare il problema è rappresentato dal bed management, incentrato sulla figura del “bed manager” o “manager dei posti letto”, inteso come “facilitatore del ricovero e della dimissione”.

Il bed management è definibile come il processo che regola l’allocazione, la permanenza e il trasferimento interno del paziente. Tale processo è regolato da un insieme di politiche, procedure e standard coerenti con l’allocazione delle dotazioni tra unità organizzative e attività cliniche, ma è anche condizionato dalle decisioni quotidiane di medici e professionisti sanitari, almeno in parte prese con logica incrementale cioè prese in base alla disponibilità immediata (12).

Essa deriva dal modello del “Case Manager” anglosassone, nato nell’800 con l’obiettivo della gestione dell’assistenza sanitaria che utilizza un processo di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’assistenza basato sulla logica del coordinamento delle risorse, coinvolgendo le diverse strutture del sistema sanitario in un percorso spazio-temporale definito.

Il bed manager garantisce quindi:

- la corretta presa in carico del paziente a partire dal ricovero fino al rientro a domicilio o in struttura;
- la fluidità della dimissione ospedaliera;
- la maggior sicurezza e comfort del paziente durante il ricovero con garanzia di un percorso protetto fino alla dimissione.

2.2 IL BED MANAGER IN LETTERATURA

La gestione del posto letto è un argomento che si è sviluppato notevolmente nell’ultimo decennio nella realtà anglosassone e negli ultimi cinque anni anche in Italia.

Il “patient flow” è inteso come la movimentazione del paziente all’interno della struttura sanitaria, dall’ammissione alla dimissione, e, molti dei problemi tipici delle moderne realtà ospedaliere, sono proprio legati ad una cattiva gestione di questi flussi tra le varie aree dell’ospedale (13).

Il tema dell’organizzazione dei posti letto, del layout ospedaliero, e delle aree di degenza è cruciale nella gestione della logistica dei pazienti. Tradizionalmente, il percorso fisico e clinico del paziente era gestito quasi solo dalle unità operative che detenevano anche la proprietà delle risorse strutturali aziendali; nel tempo, invece, tale modello si è rivelato inefficiente dal punto di vista produttivo e non più funzionale alle esigenze dei pazienti.

Oggi, i moderni modelli logistico - organizzativi tendono a ridisegnare i percorsi fisici dei pazienti in base al concetto di intensità di cura, superando la tradizionale assegnazione di risorse e spazi basata sul criterio della specialità clinica e quindi del reparto.

Negli ultimi anni è emersa perciò la figura del bed manager, in grado di unire competenze cliniche e logistiche nella supervisione dei posti letto. Tra i suoi compiti c'è la gestione del percorso del paziente in ospedale con l'ausilio del personale medico ed infermieristico al fine di raggiungere il setting assistenziale adatto.

Secondo uno studio pubblicato nel Journal of Nursing Management nel 2007 (14), il bed management differisce in struttura e definizione da un'organizzazione all'altra. Gli autori sono convinti che la fluidità del flusso di pazienti non solo contribuirebbe all'ottimizzazione delle risorse disponibili, ma anche a migliorare l'esperienza del paziente.

In uno studio significativo (15) emerge quanto il lavoro del bed manager influenzi tutto il percorso del paziente. In particolare, in quest'ultimo si evidenziano tre componenti del bed management:

- quanto la decisione strategica influisca sul decorso del paziente;
- le decisioni vanno prese giorno per giorno a seconda del flusso di pazienti in entrata e in uscita, con la collaborazione di medici ed infermieri;
- la strategia del bed manager sta nella capacità di fare una previsione della domanda futura di posti letto in base alla situazione reale e ai dati statistici secondo le stagioni, picchi influenzali ed altri fattori correlati.

Altri studi recenti tendono a dimostrare l'efficacia e la necessità dell'inserimento di tale figura nelle organizzazioni, tramite confronti incrociati con strutture che hanno adottato questo metodo e altre che non lo hanno ancora fatto.

Riassumendo i punti chiave sono:

- necessità di formazione specifica per la figura del bed manager;
- necessità di esperienza clinica;
- necessità di sensibilizzazione del personale dirigente e del personale di corsia sull'importanza di questa figura professionale;
- realizzazione di una rete assistenziale che comprenda tutte le professioni che intervengono nel processo clinico – assistenziale;
- realizzazione di strumenti informatizzati per la raccolta dei dati e per un sistema di comunicazione più veloce.

2.3 LE FUNZIONI DEL BED MANAGER

I compiti del bed manager sono:

1. Favorire le dimissioni nelle prime ore della giornata ed evitare che questa prassi cali nel fine settimana e nei giorni festivi.
2. Facilitare la riduzione dei ricoveri e/o della degenza in collaborazione con i responsabili dei servizi di diagnostica strumentale e con i consulenti, la cui valutazione è necessaria per la dimissione o per evitare il ricovero.
3. Comunicare con il direttore della Centrale Operativa 118 della Provincia per stati di sovraffollamento del PS.
4. Facilitare il trasporto intra ed extraospedaliero.
5. Individuare e gestire al momento del ricovero situazioni a maggior rischio di difficoltà di dimissione, collaborando con il servizio sociale ospedaliero, per pazienti senza fissa dimora, etilisti, diversamente abili soli, ecc, per i quali vanno attivate soluzioni di assistenza domiciliare integrata, dimissione protetta socio-sanitaria, lungodegenza ecc.
6. Prendersi la responsabilità di trovare attivamente soluzioni ai problemi, pianificandone le azioni opportune in breve tempo.
7. Avere una visione chiara, giorno per giorno, momento per momento, non solo dei posti letto disponibili per le urgenze, ma anche delle caratteristiche dei pazienti.
8. Assegnare ad ogni paziente il posto più congruo per intensità di cura e per competenza specialistica. Il posto può non esserci (fenomeno del “troppo pieno”), allora tra i vari attori, si devono trovare modi condivisi per reperire la giusta allocazione del paziente.
9. Raccolta, analisi ed utilizzo di dati per fornire basi quantitative necessarie alla creazione di modelli previsionali di afflusso e conseguenti necessità di posti letto.
10. Raccolta e monitoraggio di indicatori.
11. Consulenza e formazione sul campo ai professionisti nelle varie UU.OO.

2.4 I REQUISITI

La figura del bed manager, andrebbe ricoperta o da un infermiere operante presso le direzioni sanitarie o da un coordinatore infermieristico esperto e rappresenta il fulcro del metodo organizzativo ospedaliero dell'ospedale "ideale" per intensità di cura, che di fatto abolisce le suddivisioni delle attività di ricovero per aree medica o chirurgica, a favore di un modello di ampie aree suddivise per diversa intensità di cura e assistenza (area di ricoveri a bassa e media intensità, area ricoveri ad alta intensità, ecc.).

Le principali caratteristiche del bed manager sono:

- conoscenza approfondita dell'ospedale e dei servizi da esso erogati;
- conoscenza delle abitudini delle singole U.O.;
- conoscenza delle esigenze dei clinici al fine di garantire la massima integrazione tra percorsi urgenti e programmati quindi conoscenza delle liste d'attesa e dei pazienti provenienti dal PS;
- conoscenze delle esigenze cliniche e numeriche di ricovero del P.O. al fine della programmazione dei PL necessari e della attivazione dei flussi di ricovero e dimissione dei pazienti;
- la capacità di decisione strategica, come elemento di forte influenza sul decorso delle cure del paziente;
- la quotidiana capacità decisionale, a seconda dell'andamento del flusso di pazienti in entrata ed in uscita, con la collaborazione di medici e infermieri;
- la capacità di fare una previsione proiettiva della domanda di posti letto in base alla situazione reale e all'analisi dei dati aziendali e di quelli stagionali.

Il bed manager diviene di fatto il centro di coordinamento dell'intero flusso dei pazienti in entrata ed uscita dai percorsi di ricovero: tutte le richieste di posti letto di ricovero giungono a tale figura (e non più ai singoli reparti) la quale, grazie ai sistemi informatici di rete, disporrà della situazione dei posti letto al momento disponibili in tutto l'ospedale ed in tempo reale.

Il bed manager assume rilevanza particolare anche in periodi di sovraffollamento (iperafflusso al pronto soccorso, epidemie influenzali, necessità di ricoveri urgenti, ecc.) "cercando posti" anche in altri presidi aziendali in un'ottica di sinergia a "rete".

Viene data anche maggiore trasparenza nell'utilizzo dei posti letto, evitando i rischi di agevolazioni a vantaggio di singoli pazienti, raccomandazioni di sorta, clientelismo, circostanze che a volte possono stravolgere le priorità di ricovero che devono essere invece improntate sul reale bisogno del paziente.

2.5 IL BED MANAGER IN ITALIA

In Italia la figura del bed manager è attiva da pochi anni ed in poche realtà.

Segue l'elenco da nord a sud delle Aziende Sanitarie dove tale ruolo è presente:

USL VdA, Valle d'Aosta

ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, Lombardia

Istituto Clinico Umanitas di Milano, Lombardia

ASST Grande Ospedale Niguarda di Milano, Lombardia

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Lombardia

A.O. Universitaria Maggiore della Carità di Novara, Piemonte

ASL TO3 di Collegno e Pinerolo, Piemonte

ASL NO di Novara, Piemonte

ULSS 2 Marca Trevigiana "Ca' Foncello" di Treviso, Veneto

ULSS 8 Berica, Veneto

AUSL della Romagna, Emilia Romagna

A.O. Universitaria Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, Emilia Romagna

ASL n 3 "Genovese", Liguria

ASL n 5 "Spezzino" di La Spezia, Liguria

Ospedali Galliera di Genova e Rivoli, Liguria

USL n 2 Lucca, Toscana

AOU Meyer, Toscana

ASL Rieti, Lazio

AO San Camillo Forlanini di Roma, Lazio

ASUR Marche Area Vasta 5 di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto, Marche

A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, Marche

ASL Teramo, Abruzzo

ASL Napoli 1, Campania

A.O. Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno, Campania

A.O. Antonio Cardarelli di Napoli, Campania

Policlinico Bari, Puglia

A.O.U. Sassari, Sardegna

2.6 IL BED MANAGER IN ASUR MARCHE AREA VASTA 5

La realtà dell'ASUR Marche Area Vasta 5 comprende i presidi ospedalieri di: ospedale C e G "Mazzoni" di Ascoli Piceno ed ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto. A partire dalla determina 357/DG del 20 giugno 2017, la direzione ASUR ha introdotto la figura del bed manager in tutta l'ASUR Marche e l'Area Vasta 5 è stata la prima area zonale che ha attivato tale istituto.

Sono infatti a pieno regime dal gennaio 2018 due figure di bed manager: una per il presidio ospedaliero di Ascoli Piceno e una per il presidio di San Benedetto del Tronto.

La loro sede è ubicata presso l'ufficio infermieristico di ciascun presidio, nell'area degli uffici della direzione del P.O.

Come stabilito dalla determina, si occupano di:

- Verificare costantemente lo stato di occupazione dei posti letto nell'area medica, chirurgica e critica, attraverso la rilevazione della situazione posti letto occupati e disponibili alle ore 8 e alle ore 12, considerando che gran parte dei "movimenti" viene definita dai clinici durante la mattinata, con conseguente liberazione di posti letto nel pomeriggio.
- Monitorare le dimissioni giornaliere.
- Gestire le situazioni di sovraffollamento in pronto soccorso secondo modalità definite.
- Collaborare con il territorio per le dimissioni dei pazienti, sia dal PS che dai reparti ospedalieri.
- Elaborare una reportistica quotidiana dei posti letto dati/dovuti e di quelli non utilizzati.
- Elaborare una reportistica mensile.

La funzione del BM è posta in capo alla direzione medica del presidio ospedaliero e si avvale anche della collaborazione di tutte le altre figure istituzionalmente coinvolte nei processi di ricovero e dimissione delle persone assistite nelle varie unità di degenza.

Attualmente l'orario di lavoro è fissato dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 15.00. Non prevede reperibilità pomeridiana, notturna e/o festiva.

Il monitoraggio viene effettuato da ciascun bed manager all'interno del proprio presidio.

Una prima rilevazione avviene alle ore 8.30 attraverso l'effettiva visita da parte del BM di ciascun reparto, per verificare:

- numero di posti letto occupati e liberi dai pazienti appartenenti a quella U.O., distinguendone il sesso;
- eventuali appoggi di pazienti appartenenti ad altri reparti che necessitano di rientrare nell'unità operativa di appartenenza;

- problematiche relative ai flussi dei pazienti ricoverati (esempio: dimissioni difficili, trasferimenti tra reparti o in strutture esterne, problematiche sociali, ecc.).

La rilevazione avviene per tutte le U.O. dell'area medica, chirurgica e critica. Vengono escluse quindi le U.O. del Dipartimento Materno Infantile, del Dipartimento di Salute Mentale e la U.O. di Anestesia e Rianimazione. Inoltre non viene rilevata la situazione posti letto delle strutture residenziali e semiresidenziali extra ospedaliere.

La seconda rilevazione avviene alle 12.00/13.00, ovvero dopo la visita medica, quando quindi si hanno più chiari quali sono i "movimenti" previsti della giornata (trasferimenti/dimissioni).

Il bed manager a questo punto interviene:

- comunicando telefonicamente la situazione posti letto del presidio al pronto soccorso;
- monitorando le richieste di ricovero dei pazienti in attesa in PS da parte dei medici, in base alla specialità;
- facilitando le richieste di servizi di diagnostica e consulenza per i pazienti in attesa;
- favorendo il rientro dei pazienti in appoggio nel reparto di appartenenza;
- collaborando con l'UVI per agevolare le dimissioni dei pazienti.

La valutazione conseguente è il risultato della rilevazione dei posti letto effettivamente occupati (ricoveri ordinari e OBI) al saldo dei "movimenti" previsti nella giornata (trasferimenti/dimissioni/ricoveri programmati ed in urgenza).

CAPITOLO 3

STUDIO SPERIMENTALE: Valutazione del crowding nel P.O. C e G “Mazzoni” di Ascoli Piceno e proposta di un regolamento operativo sul bed management

3.1 RAZIONALE DELLO STUDIO

La funzione del bed manager è fondamentale e rappresenta un'espressione di integrazione professionale medico-infermieristica nell'ambito di un team i cui componenti devono possedere la conoscenza approfondita dell'ospedale e la conoscenza delle esigenze operative, al fine di garantire la massima integrazione tra i percorsi di urgenza e quelli programmati. Come stabilito dal Ministero della Salute ne “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso” del 2019, sarà necessario declinare la funzione di bed management “in un regolamento che ne evidenzi le modalità organizzative e le relative attività; si dovrà prevedere un cruscotto per il monitoraggio dei posti letto e delle dimissioni in tempo reale che dovrà interfacciarsi con il sistema informativo del pronto soccorso; i dati di monitoraggio, disponibili on line, saranno visibili per le unità operative con l'obiettivo di promuovere una collaborazione tra tutte le strutture del presidio ospedaliero e periodicamente saranno pubblicati report sui dati di attività”.

3.2 IPOTESI DI RICERCA

Le ipotesi di ricerca dello studio sono:

- Quali sono gli indicatori del crowding sulla quale potrebbe incidere la presenza del bed manager e qual è il loro stato nel presidio ospedaliero C e G “Mazzoni” di Ascoli Piceno?
- Il principale indicatore del crowding in pronto soccorso, il NEDOCS score, subisce delle variazioni in relazione alla presenza o meno della figura del BM all'interno della realtà ospedaliera di Ascoli Piceno?
- Quali sono le criticità del sistema di bed management attualmente in vigore nel presidio ospedaliero regionale di Ascoli Piceno?
- È possibile intervenire proponendo un nuovo sistema di organizzazione efficace del servizio? E come?

3.3 OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo primario dello studio è quello di contribuire alla definizione di un piano sistematico di miglioramento e di ottimizzazione del patient flow.

Gli obiettivi secondari sono:

- Valutare nel suo complesso il fenomeno del crowding nell'ospedale di Ascoli Piceno, attraverso l'individuazione e l'analisi di molteplici indicatori raccolti nell'arco temporale di un anno.
- Individuare dove la figura del bed manager interviene e quale è il suo impatto sul fenomeno del crowding nel PS di AP.
- Analizzare i punti di forza e debolezza del sistema attuale di bed management.
- Confrontare l'organizzazione e la gestione della funzione di bed management nella realtà di Ascoli Piceno con quella delle altre aziende italiane dove tale figura è attiva.
- Calcolare le risorse disponibili ed indisponibili per proporre un intervento di miglioramento.
- Proporre un regolamento volto al miglioramento continuo della qualità.

3.4 MATERIALI E METODI

3.4.1. SETTING AMBIENTALE

Lo studio ha interessato la realtà dell'ospedale regionale C e G "Mazzoni" di Ascoli Piceno. In particolare: il lavoro di ricerca, di analisi ed elaborazione dati si è svolto presso l'ufficio infermieristico del presidio, dove svolge le sue funzioni il bed manager; l'affiancamento al lavoro del BM e le interviste si sono svolte presso i diversi reparti; le riunioni con i membri della direzione infermieristica e medica, presso gli uffici dedicati.

3.4.2 SETTING TEMPORALE

Le attività sono state eseguite secondo il setting temporale riportato in tabella 1 e rappresentato nel relativo diagramma di GANTT (Figura 1).

| attività | inizio | durata | fine |
|--|-----------|--------|-----------|
| Individuazione indicatori - Att. Di BM e ricerca | 1-apr-19 | 22 | 23-apr-19 |
| Colloqui e ricerca | 13-mag-19 | 1 | 14-mag-19 |
| Somministrazione questionario ai PS di AP e SBT | 1-lug-19 | 6 | 7-lug-19 |
| Raccolta e analisi dati | 10-giu-19 | 45 | 25-lug-19 |
| Interviste strutturate ai coordinatori | 2-dic-19 | 19 | 21-dic-19 |
| Analisi dei risultati | 4-gen-20 | 9 | 13-gen-20 |
| Contatti con le diverse realtà di BM in Italia | 14-gen-20 | 41 | 24-feb-20 |
| Analisi, confronto e valutazione risorse | 9-mar-20 | 19 | 28-mar-20 |
| Stesura regolamento | 31-mar-20 | 60 | 30-mag-20 |

Tab.1 Setting temporale dello studio

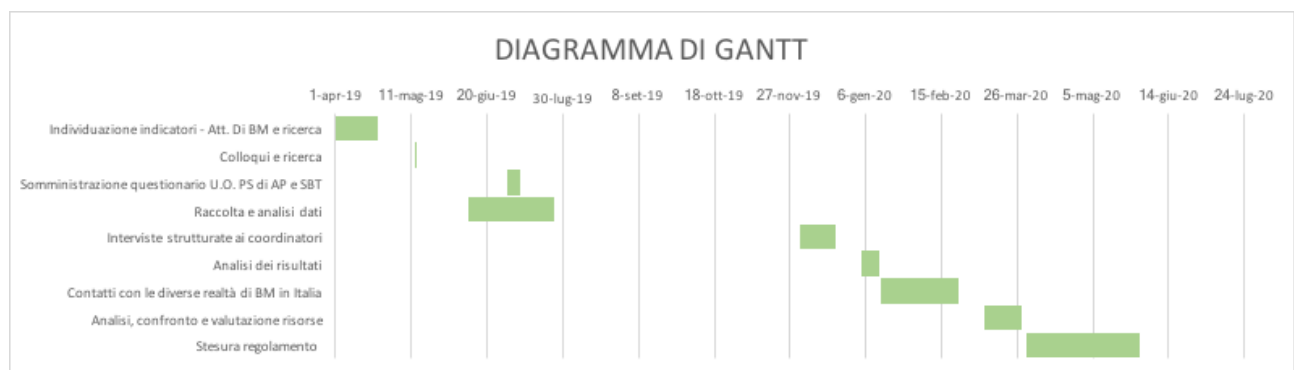


Fig.1 Diagramma di GANTT

3.4.3 STRUMENTI E PROCEDURE

Nell'aprile 2019, allo scopo di individuare gli indicatori del crowding più adeguati da studiare per il presidio ospedaliero di Ascoli Piceno, si è:

- analizzata la letteratura disponibile sulla figura del BM;
- letta approfonditamente la determina aziendale 357/2017;
- espletati colloqui multipli con il BM di Ascoli Piceno (Cristina Brunetti), il Dirigente Medico con incarico di struttura complessa dell'Area Vasta 5 (Remo Appignanesi) e la posizione organizzativa del Dipartimento Emergenza dell'AV5 (Sante Cicconi).

Nel maggio 2019 sono stati esaminati i database dell'attività ospedaliera del presidio di Ascoli Piceno ed estratti i dati relativi agli indicatori individuati dal 01/01/2018 al 31/12/2018, ovvero:

- tasso di ricovero da PS (n. ricoveri dal PS /n. pazienti che accedono al PS);
- tempo medio di permanenza in pronto soccorso del paziente con indicazione al ricovero;
- tempo di consulenza;
- n. di pazienti che abbandonano il PS prima della presa in carico;
- n. di pazienti che abbandonano il PS in corso di esami;
- tasso di occupazione posto letto, distinto per area;
- degenza media per ricovero ordinario, distinto per area;
- degenza media per ricovero urgente in OBI e MURG;
- disponibilità dei posti letto (n. ricoveri da PS/n. PL dovuti da piano, distinto per area).

Per calcolare il livello di sovraffollamento in pronto soccorso si è utilizzato il NEDOCS score, strumento già in uso nei sistemi informatici del presidio. Tale indice è stato estratto per 365 giorni, ovvero dal 27/3/2018 al 26/3/2019 e registrato in 4 fasce orarie: ore 8, ore 12, ore 13 e ore 16.

Per valutare invece lo stress lavoro-correlato è stato utilizzato uno strumento di indagine chiamato "questionario di valutazione della percezione soggettiva dello stress lavoro-correlato" (questionario indicatore modello ISPESL-HSE) (Allegato 1) adattato alla tematica dell'"overcrowding". Il questionario è composto da 35 items riguardanti le condizioni di lavoro ritenute potenziali cause di stress all'interno dell'azienda e che corrispondono ai sette fattori di rischio definiti dal modello Management Standards (domanda, controllo, supporto del management, supporto tra colleghi, relazioni, ruolo e cambiamento). Il lavoratore, dopo aver compilato una tabella con i dati socio-demografici, in forma anonima, fornisce le risposte in base alla propria percezione relativamente a tali fattori legati all'attività lavorativa svolta. Il questionario è già stato validato in Inghilterra da parte dell'HSE (16) che ne ha confermato le sue caratteristiche psicometriche in termini di validità e attendibilità. Previa autorizzazione della direzione sanitaria, il questionario è stato sottoposto

all'attenzione degli infermieri operanti attualmente nel pronto soccorso di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. I test sono stati consegnati il 1 luglio 2019 e ritirati il 7 luglio 2019.

Infine, per valutare l'efficacia del sistema è stato richiesto al sistema informatico territoriale un report dei tempi che intercorrono tra segnalazione all'UVI del paziente ricoverato presso uno dei reparti del presidio AP e la data effettiva di dimissione del paziente.

Tutti i dati sono stati analizzati statisticamente e rappresentati in grafici attraverso il foglio di lavoro elettronico Microsoft Excel.

La seconda parte del lavoro si è svolta a partire dal dicembre 2019.

Sono state svolte interviste strutturate "face to face" ai coordinatori di ciascuna U.O. del presidio ospedaliero di Ascoli Piceno allo scopo di individuare quali sono, dal loro punto di vista, le criticità riguardo la figura del bed manager e come poterle gestire.

Sono stati intervistati i coordinatori infermieristici dell'area medica, chirurgica e del DEA in quanto sono le figure principali con le quali il bed manager si interfaccia quotidianamente per la gestione dei posti letto nei reparti. Sono state escluse la U.O. di Rianimazione, del Dipartimento di Salute Mentale e quelle del Dipartimento Materno Infantile (U.O. Ostetricia e Ginecologia e U.O. Pediatria) in quanto, nella realtà di Ascoli Piceno, si relazionano con la figura del bed manager solo per la comunicazione dei posti disponibili a titolo informativo per la direzione medica e non rientrano quindi tra le categorie di U.U.O.O. per le quali il BM comunica i posti letto disponibili al pronto soccorso.

La popolazione intervistata è stata stratificata considerando la classe di età, il sesso, il titolo e l'esperienza come coordinatore in quella specifica realtà.

Le domande effettuate sono state:

- Quali sono, secondo lei, i punti di forza dell'attività del bed manager?
- Quali sono i punti di debolezza dell'attività del bed manager?
- Cosa e come potrebbero essere migliorati i punti di debolezza evidenziati?

Le interviste sono state registrate.

I dati sono stati estratti raccogliendo le parole chiave in Microsoft Word.

Successivamente, alla luce dei risultati ottenuti dall'intervista, sono state individuate le realtà italiane dove è a regime la figura del bed manager e telefonicamente o via mail sono state raccolte le informazioni riguardo:

- delibera aziendale che istituisce la figura del BM nell'azienda di appartenenza;
- orari del servizio ed eventuali reperibilità;

- presenza di un cruscotto informatizzato per l'inserimento e la visualizzazione dei posti letto disponibili nei reparti e sua struttura;
- in quale modo e con quali vincoli viene aggiornata dai reparti la situazione posti letto;
- altre informazioni utili riguardo la gestione del sovraffollamento.

In Allegato 2 è presente il questionario inviato via mail ai bed manager italiani: la mail conteneva la richiesta di collaborazione al progetto ed in allegato il questionario succitato con le domande necessarie al confronto.

I dati sono stati raccolti ed elaborati per categorie in tabelle utilizzando il programma Microsoft Word.

Le categorie individuate sono:

- istituzione figura;
- organizzazione;
- operatività;
- strumenti gestionali e informatizzazione;
- aggiornamento;
- gestione del reparto.

Dunque, è stata effettuata in collaborazione con il BM e la direzione medica ed infermieristica, un'analisi delle risorse disponibili e potenzialmente disponibili nel breve e medio termine e, sulla base di ciò, sono state scelte le opzioni più favorevoli e praticabili da poter inserire all'interno di una proposta di regolamento operativo per l'attività di bed management applicabile in Area Vasta 5, nel presidio di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. Per la stesura è stato utilizzato il modello standard per la redazione di regolamenti approvato dalla DM del presidio, suddividendo i vari paragrafi nel seguente indice:

1. PREMESSA
2. INTRODUZIONE
3. OBIETTIVI
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI
5. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'
 - 5.1 LA FIGURA DEL BED MANAGER
 - 5.2 GLI OBIETTIVI DEL B.M.
 - 5.3 ISTITUZIONE DEL SERVIZIO
 - 5.4 ORARI DI ATTIVITA'

6. ISTRUZIONI OPERATIVE
 - 6.1 UU.OO. COINVOLTE
 - 6.2 ATTIVITA' DI BED MANAGER
 - 6.3 PROTOCOLLO COMPORTAMENTALE PER I REPARTI DI DEGENZA
 - 6.4 GESTIONE INFORMATIZZATA DEI POSTI LETTO – CRUSCOTTO
 - 6.5 TIPOLOGIA DI INSERIMENTO DATI
 - 6.6 COMPILAZIONE COLONNA PRENOTATI DA P.S.
 - 6.7 INTERFACCIA CHE CONSENTE LA LETTURA DEL CRUSCOTTO
7. GRIGLIA DELLE RESPONSABILITA'
8. BIBLIOGRAFIA

3.5 RISULTATI

Per analizzare il fenomeno nella sua completezza sono stati scelti indicatori collegati a tutte le attività sviluppate dall'azienda sanitaria essendo nel sistema complesso della sanità ogni elemento strettamente interconnesso con gli altri.

Le aree e gli indicatori individuati sono i seguenti:

1. MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO
 - tasso di ricovero da PS;
 - tempo medio di permanenza in PS del pz con indicazione al ricovero;
 - tempo di consulenza;
 - n. di pazienti che abbandonano il PS prima della presa in carico;
 - n. di pazienti che abbandonano il PS in corso di esami.

2. MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI INTRAOSPEDALIERI
 - tasso di occupazione posto letto, distinto per area;
 - degenza media per ricovero ordinario, distinto per area;
 - degenza media per ricovero urgente in OBI e MURG;
 - disponibilità dei posti letto.

3. MIGLIORAMENTO DELLA CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO
 - tempo di attesa tra segnalazione all'UVI del paziente ricoverato e dimissione effettiva.

4. MIGLIORAMENTO DEL CLIMA PROFESSIONALE E DIMINUIZIONE DELLA LITIGIOSITA'
 - indicatori ISPESL sullo stress lavoro correlato.

5. FLUSSO INFORMATIVO SUL SOVRAFFOLLAMENTO IN PS:
 - analisi indice NEDOCS.

Riguardo il flusso dei pazienti in PS, il tasso di ricovero da pronto soccorso si è attestato nel 2018 in media a 21.2%, con picchi più elevati nei mesi invernali che arrivano fino al 23% nel mese di dicembre (Figura 2).

Il tempo medio di attesa tra la decisione del ricovero del paziente e il ricovero effettivo in reparto è di 8 minuti, con picchi nei mesi invernali che comunque non superano i 24 minuti (Figura 3).

Il tempo di consulenza, ovvero il tempo che intercorre tra la richiesta della consulenza ed il referto, oscilla da un minimo di 2:45 ore nel mese di marzo ad un massimo di 12 ore nel mese di settembre (Figura 4).

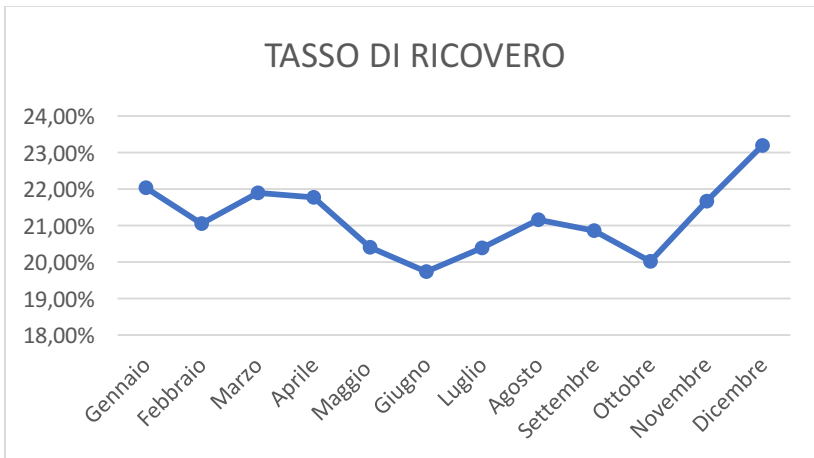


Fig.2 Tasso di ricovero anno 2018 (%)- P.O. AP



Fig.3 Tempo di attesa tra decisione di ricovero al PS e ricovero (ore) – P.O. AP

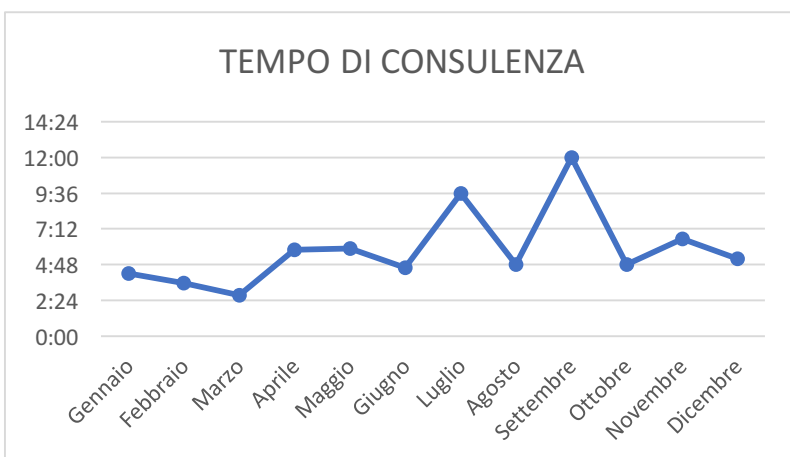


Fig.4 Tempo di consulenza - dalla richiesta al referto (ore) – P.O. AP

Il numero di pazienti che abbandonano il pronto soccorso prima della presa in carico rimane costantemente elevato ed è in media di 193 persone al mese; mentre le persone che abbandonano le cure in corso di esami è in media annuale di 32 persone al mese (Figura 5).

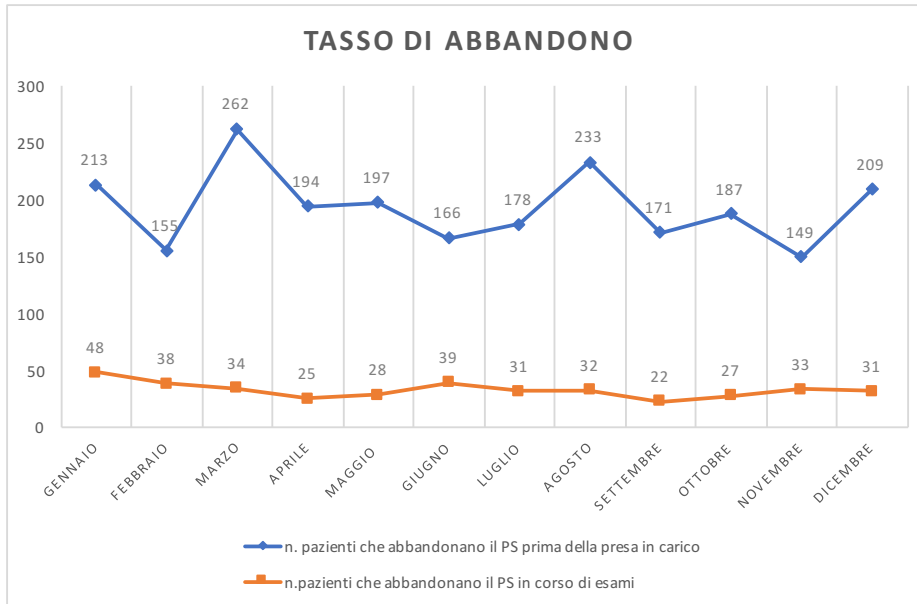


Fig.5 Tasso di abbandono in PS di pazienti che non hanno effettuato ancora la prima visita (blu) e dei pazienti che lasciano il PS in corso di esami (arancione) – P.O. AP

Riguardo i flussi intraospedalieri, il tasso di occupazione del posto letto risulta coerente con lo standard nazionale del 90% solo per le aree di specialità medica, ovvero cardiologia, ematologia, nefrologia e pneumologia, mentre l'area chirurgica e specialità chirurgica non superano il 75%, al contrario dell'area medica dove la media annuale supera oltre il 128% (Figura 6).

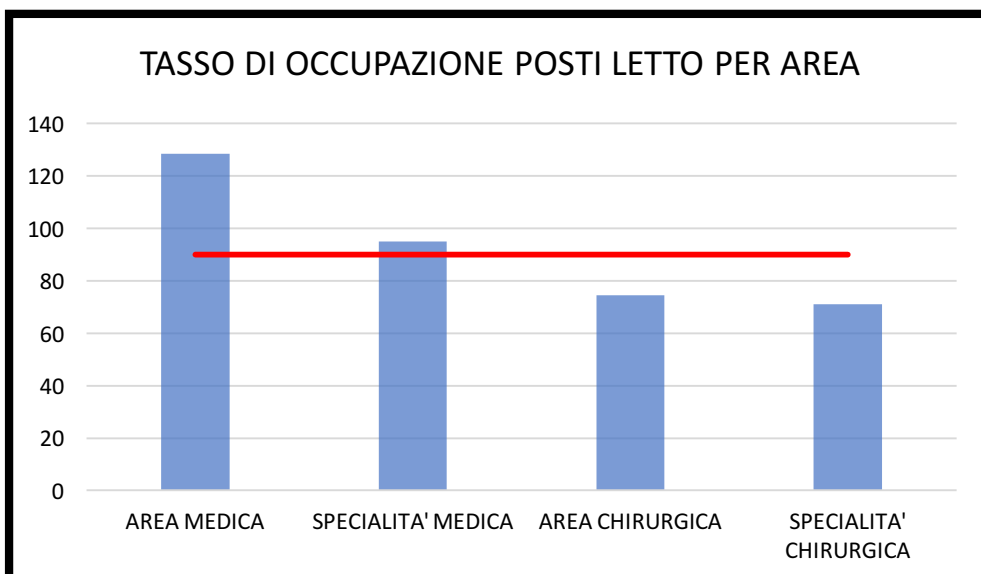


Fig.6 Tasso di occupazione posto letto – P.O. AP

La degenza media per ricovero ordinario supera la soglia nazionale di 7 giorni in medicina (13.71), ematologia (16.1), nefrologia (8.9) e ortopedia (8.27).

La degenza media per ricovero urgente in OBI supera in tutti i mesi dell'anno il valore soglia previsto di 36 ore, mentre quella della MURG rispetta mediamente lo standard nazionale di 72 ore (Figure 7a e 7b).

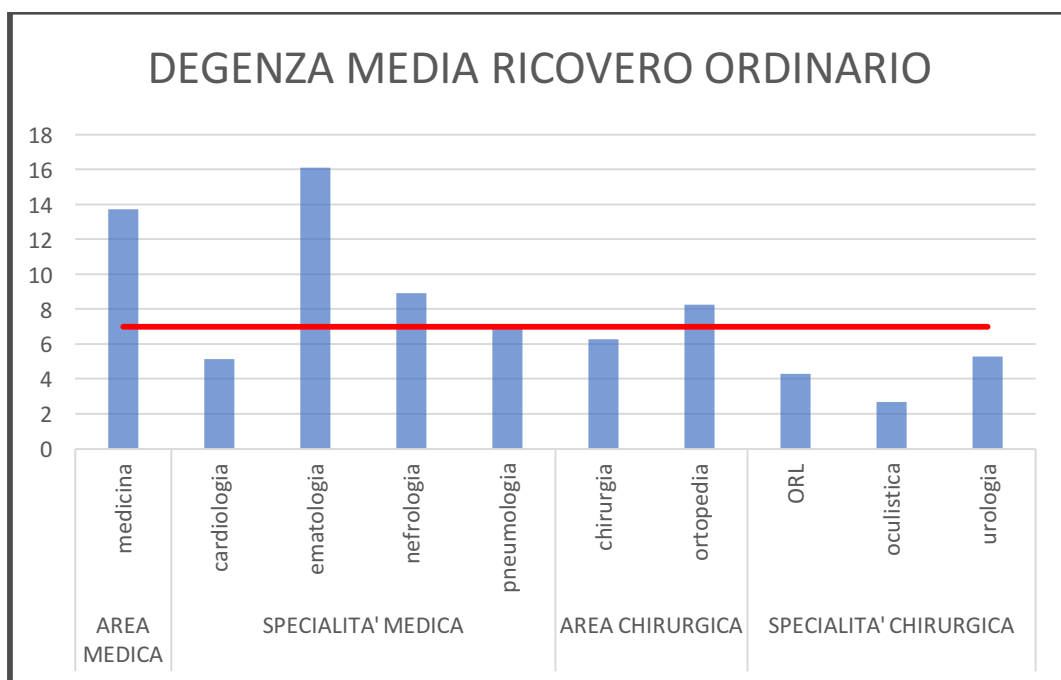


Fig.7a Degenza media per ricovero ordinario– P.O. AP

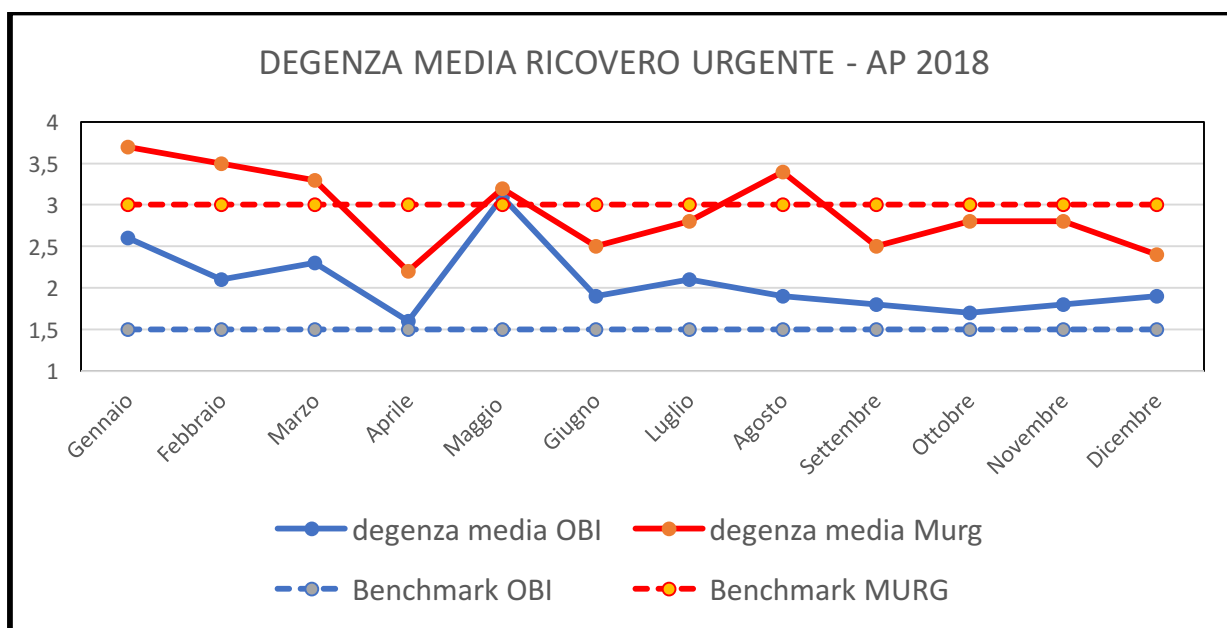


Fig.7b Degenza media per ricovero urgente– P.O. AP

Riguardo la disponibilità dei posti letto (Figura 8 e 9), ovvero la differenza tra il numero di posti letto teoricamente disponibili dovuti quotidianamente da ogni reparto al pronto soccorso e il numero di posti letto effettivamente dati disponibili al PS, si rilevano importanti discrepanze nel privato/convenzionato, nell'area medica e soprattutto nell'area di specialità medica i cui valori arrivano fino a 91 posti letto nel mese di giugno.

Al contrario nell'area chirurgica e di specialità chirurgica, i posti letto dati al pronto soccorso, tranne nel mese di gennaio, sono sempre maggiori rispetto agli effettivamente dovuti con una differenza che arriva fino a -27 posti letto nel mese di agosto.

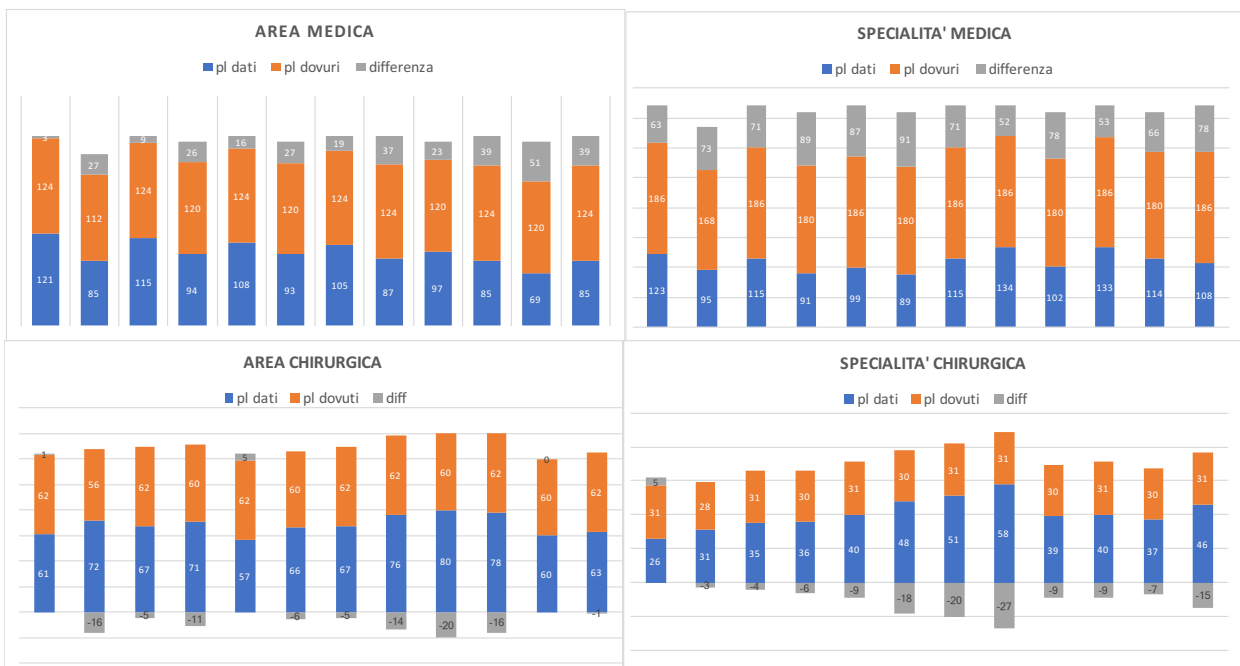


Fig.8 Disponibilità dei posti letto intraospedalieri

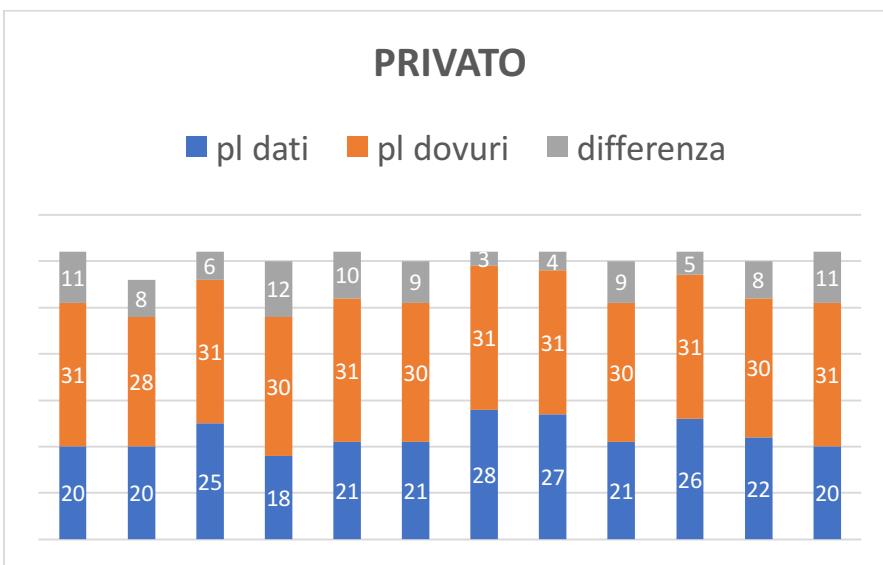


Fig.9 Disponibilità dei posti letto privato

La valutazione dell'indicatore "efficacia del sistema", ovvero l'analisi dei tempi intercorsi nell'anno 2018 tra l'invio della segnalazione all'UVI e la dimissione del paziente, non è stata possibile a causa di problemi riguardo autorizzazioni del sistema informativo territoriale e della necessità di costi aggiuntivi.

Riguardo invece la valutazione dello stress lavoro-correlato in relazione al fenomeno dell'overcrowding in pronto soccorso, sono stati raccolti 18 questionari da infermieri operanti attualmente nelle U.O. Pronto Soccorso dell'AV5.

Il campione ha compreso:

- 9 uomini e 9 donne;
- 3 soggetti con età < 30 anni, 9 soggetti con età tra 31 e 50 anni e 6 soggetti con età > 51 anni;
- tutti di nazionalità italiana;
- 17 con contratto a tempo indeterminato e 1 con contratto a tempo determinato.

Per le dimensioni di "supporto del management", "supporto tra colleghi", "ruolo" e "cambiamento" sono, tranne qualche eccezione, tutti concordi su un buon livello di prestazione e clima:

- riguardo il "supporto del management" sono quasi tutti d'accordo che il lavoratore riceve informazioni che lo aiutano nel suo lavoro; può fare affidamento nel suo superiore; è incoraggiato e supportato emotivamente e se qualcosa lo ha infastidito, può parlarne con il suo responsabile;
- riguardo il "supporto tra colleghi", i lavoratori dichiarano che spesso si sentono di poter contare sul reciproco aiuto; ognuno ha rispetto per il lavoro del collega e tra di loro sono disponibili a condividere i problemi;
- nelle domande di "ruolo", i lavoratori hanno sempre chiaro cosa ci si aspetta da sé al lavoro, sanno come svolgerlo e capiscono come il loro lavoro si inserisce negli obiettivi dell'organizzazione; inoltre dichiarano che spesso hanno chiari i compiti, le responsabilità, gli obiettivi ed i traguardi;
- infine, per quanto riguarda il "cambiamento", dichiarano che hanno sufficienti opportunità di chiedere spiegazioni ai dirigenti; hanno chiaro che effetto avrà in pratica un cambiamento e vengono consultati in merito.

Necessita invece di interventi correttivi l'area della "domanda", "controllo" e "relazioni":

- per la "domanda", i risultati sono più distribuiti a causa della diversa percezione del carico lavorativo tra individuo ed individuo, tenuto conto anche dell'ampia fascia di esperienza dei soggetti; le risposte prevalenti evidenziano che spesso le richieste di lavoro che il lavoratore riceve da varie persone risultano difficili da combinare fra loro e devono lavorare molto

intensamente e velocemente, trascurando alcuni compiti perché si ha “troppo da fare”; tuttavia le scadenze sono raramente irraggiungibili e 7 persone su 18 dichiarano che solo raramente non hanno la possibilità di prendere sufficienti pause;

- riguardo il “controllo”, spesso i lavoratori possono decidere quando fare una pausa e come svolgere il loro lavoro, tuttavia solo qualche volta possono scegliere cosa fare e pareri discordanti ha invece riscontrato la risposta della scelta della velocità con cui svolgere il proprio lavoro;
- nelle “relazioni”, qualche volta i lavoratori sono soggetti a molestie personali o a conflitti con i colleghi; spesso accadono prepotenze o vessazioni e le relazioni sono tese.

Le risposte sono riportate nella figura 10.



Fig.10 Risposte del questionario indicatore modello ISPESL-HSE suddivise per categorie di fattore di rischio (TOT 18 soggetti).

Infine per quanto riguarda il flusso informativo relativo al sovraffollamento in PS, l'indice NEDOCS ha rilevato valori costantemente più bassi alle ore 8 che oscillano da 29 a 212 punti, con una media di 91 punti, moda di 81 e mediana di 88.

Alle ore 12 sono invece stati registrati valori tra 37 e 273 punti, con media 114, moda 103 e mediana 108. Alle ore 13 valori che vanno da 30 a 302 con media 115, moda 96 e mediana 109 punti. Alle ore 16 invece i valori vanno da 41 a 303, con media di 108, moda di 42 e mediana di 103 (Figura 11).



Fig.11 Grafici a dispersione che mostrano valori registrati di NEDOCS per ogni orario studiato. In arancio il punto che rappresenta la media dei valori.

Da l'analisi dell'andamento annuale riportata in grafico in allegato 3 si evidenziano picchi (NEDOCS >190) nei giorni:

- pasqua 2018 (27 marzo – 4 aprile);
- 11 giugno 2018;
- ferragosto 2018 (14-15/08);
- 12 ottobre 2018;
- la festa dei Santi 2018 (2 novembre);
- 11 e 12 gennaio 2019;
- 22 febbraio 2019.

Analizzando con istogrammi i dati NEDOCS mese per mese, è possibile notare che nel 100% dei giorni il valore cresce dalle ore 8 alle ore 12/13, e quindi nei giorni in cui la situazione del pronto soccorso di AP è già a livello “molto impegnato” alle ore 8, sicuramente sarà a livelli di maggiore impegno nelle ore successive. Si prende ad esempio il mese di aprile 2018 (Figura 12).

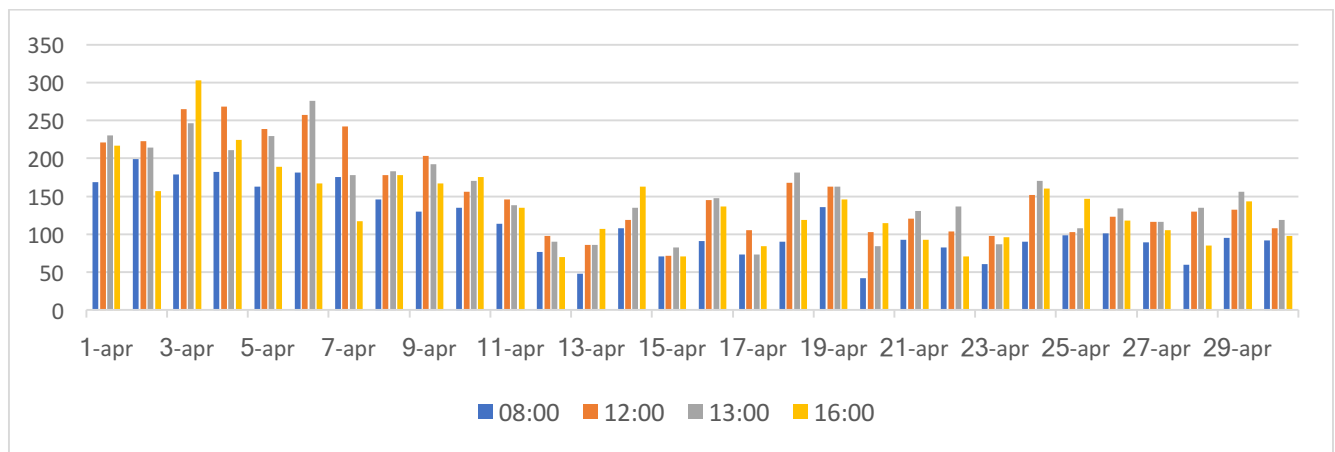


Fig.12 NEDOCS del mese di APRILE 2018.

Alle ore 16, invece, per 266 giorni su 366 il valore NEDOCS ritorna ad un livello più basso rispetto alle ore 13, mentre per i restanti 100 giorni il valore aumenta. Di questi 100 giorni, la differenza del valore NEDOCS delle ore 13 con quello delle ore 16, al 95% (81 valori) resta sotto ai 30 punti, solo per un 5% sale a valori di “impegno” più critici (Figura 13). Inoltre 35 giorni corrispondono a giorni festivi, in cui non era presente l'intervento del bed manager.

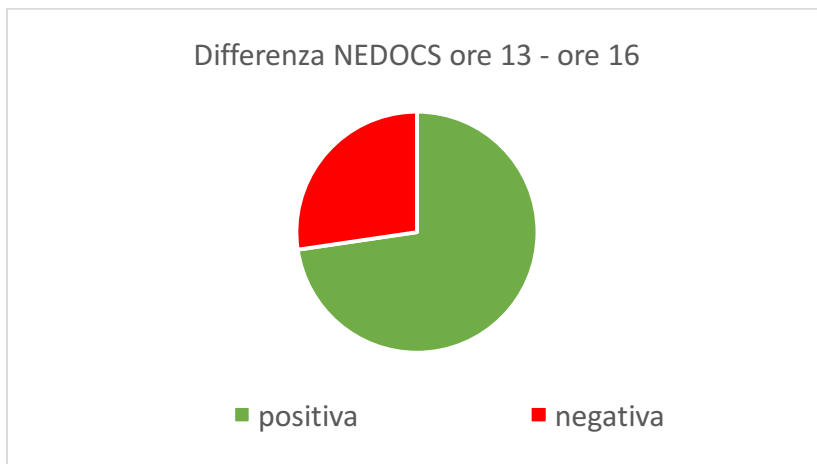


Fig.13 Grafico a torta della differenza del valore NEDOCS annuale tra le ore 13 e le ore 16.

Per 266 giorni: (valore ore 13 - valore ore 16) > 0.

Per 100 giorni: (valore ore 13 - valore ore 16) < 0.

Riguardo la seconda parte del lavoro, sono stati intervistati “face to face” 11 coordinatori infermieristici. Le caratteristiche della popolazione, analizzate per classe di età, sesso, titolo ed esperienza come coordinatore sono risultate omogenee. Dalla stratificazione risulta che:

- 100% dei coordinatori ha un'età compresa tra 40 e 50 anni;
- 100% è femmina;
- il 55% ha la laurea magistrale ed il master in coordinamento;
- il 36% ha solo il titolo AFD;
- il 9% ha solo il master in coordinamento;
- il 64% ha un'esperienza come coordinatore inferiore a 10 anni;
- il 36% ha un'esperienza come coordinatore maggiore a 10 anni.

Alla prima domanda, “Quali sono, secondo te i punti di forza, dell'attività del bed manager?”, tutti i coordinatori intervistati hanno riconosciuto come fattore positivo la capacità del bed manager di proporre e mettere in pratica delle soluzioni organizzative interne nel caso in cui sia necessario “movimentare” il paziente, scaricando gli operatori dal problema del patient flow. L'80% ha notato come positiva la possibilità che una figura esterna abbia un'inquadramento generale della situazione posti letto dell'ospedale ed il 60% ha ritenuto utile la figura anche per velocizzare le dimissioni/trasferimenti grazie ai rapporti con gli altri presidi e con il territorio.

Alla seconda domanda, “Quali sono, secondo te, i punti di debolezza dell'attività del bed manager?”, il 100% riferisce sia la difficoltà di gestione dei posti letto nel turno notturno, nel weekend e durante i festivi, ovvero nelle situazioni in cui la figura del bed manager è assente e sia la mancanza di una procedura che regoli le responsabilità e i compiti di ogni figura nel servizio;

L'80% riconosce un problema comunicativo, in quanto il passaggio delle informazioni avviene attualmente telefonicamente e soprattutto in giornate particolarmente impegnative, aumenta il rischio di errori di comprensione.

Infine alla terza domanda "Cosa e come potrebbero essere migliorati i punti di debolezza evidenziati?", il 100% ritiene necessario un sistema informatizzato di rapido inserimento e gestione dei posti letto, il 50% propone la presenza del BM in fasce orarie più ampie e nel weekend; il 20% propone l'introduzione di una "discharge room".

I risultati dell'intervista sono sintetizzati in tabella 2.

| | |
|---|------|
| Quali sono, secondo te i punti di forza, dell'attività del bed manager? | |
| Proposta di soluzioni organizzative interne | 100% |
| Inquadramento generale della situazione posti letto dell'ospedale | 80% |
| Facilita e velocizza i percorsi dei pazienti | 60% |
| Quali sono, secondo te i punti di debolezza, dell'attività del bed manager? | |
| Gestione dei posti letto nel turno notturno, weekend e festivi | 100% |
| Mancanza di una procedura che regoli le responsabilità e i compiti nel servizio | 100% |
| Sistema di comunicazione | 80% |
| Cosa e come potrebbero essere migliorati i punti di debolezza evidenziati? | |
| Sistema informatizzato rapido di inserimento e gestione dei posti letto | 100% |
| Presenza della figura del BM in fasce orarie più ampie e nel weekend | 50% |
| Discharge room | 20% |

Tab. 2 Risultati dell'intervista ai coordinatori. In giallo le domande strutturate somministrate e sotto le relative risposte raggruppate per concetti chiave, con le percentuali di risposta.

Successivamente, sono state inviate 13 mail, ovvero alle realtà di:

USL n 2 Lucca, Toscana

AOU Meyer, Toscana

ASL Rieti, Lazio

AO San Camillo Forlanini di Roma, Lazio

ASL Teramo, Abruzzo

ASL n 3 "Genovese", Liguria

ASL n 5 "Spezzino" di La Spezia, Liguria

ULSS 2 Marca Trevigiana "Ca' Foncello" di Treviso, Veneto

ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, Lombardia

ASL TO3 di Collegno e Pinerolo, Piemonte

ASL NO di Novara, Piemonte

AUSL della Romagna, Emilia Romagna

AUSL di Bologna, Emilia Romagna.

Su 13 Aziende contattate, 8 hanno risposto al questionario. Le informazioni raccolte, suddivise in categorie predeterminate, sono riportate in allegato 4.

Dall'analisi delle risorse disponibili e potenzialmente disponibili nel breve e medio termine è risultato che sono a disposizione:

- determina del Direttore generale ASUR n. 357 del 20 giugno 2017, avente ad oggetto “*Linee di indirizzo: “Il percorso del paziente in pronto soccorso e fast track” – determinazioni*”;
- possibilità di elaborare e rendere operativo un regolamento sul bed management;
- possibilità di incaricare la ditta informatica per l’elaborazione di un nuovo programma specifico per il patient flow: un “cruscotto informatico” dei posti letto aziendali;
- possibilità di monitorare il NEDOCS istantaneamente ed avere report temporali del suo andamento;
- possibilità di produrre reportistiche giornaliere e mensili;
- possibilità di sanzionare comportamenti non conformi al regolamento;
- possibilità di avere una tracciabilità delle operazioni informatiche;
- possibilità di inserire i dati identificativi dei pazienti.

Sono invece risultati indisponibili e/o non praticabili nel breve/medio termine la possibilità di:

- avere un ufficio dedicato per il bed manager;
- avere più figure di bed manager che si alternano e/o dividono il servizio;
- estendere l’orario di copertura del servizio;
- touch screen nelle postazioni infermieri e lavagna elettronica di reparto;
- discharge room.

La procedura elaborata è riportata in allegato 5.

3.6 DISCUSSIONE

In questo lavoro è stata presentata l'analisi di un set di indicatori accuratamente scelti per fornire un quadro globale per l'anno 2018 del fenomeno dell'overcrowding all'interno del P.O. C e G "Mazzoni" di Ascoli Piceno, dove è attiva l'attività del bed manager dal gennaio dello stesso anno. Gli indicatori hanno riguardato sia i flussi paziente in pronto soccorso, che quelli intraospedalieri, sul territorio, il clima professionale e l'indice di sovraffollamento validato NEDOCS e grazie alla varietà degli ambiti trattati è stato possibile ottenere le basi da cui partire per un successivo processo di miglioramento.

Dai risultati è emerso che il servizio di PS di Ascoli Piceno lavora con un tasso di ricovero pressoché costate durante tutto l'anno e dei tempi di attesa tra decisione di ricovero e ricovero effettivo molto brevi, favorito dalla molteplicità dei reparti ospedalieri presenti all'interno del presidio e dall'efficienza dei trasporti. Preoccupanti sono invece i dati riguardanti i tempi di consulenza ed il tasso di abbandono che rimangono elevati in tutti i mesi dell'anno.

Il tasso di occupazione del posto letto è di gran lunga superiore allo standard nazionale del 90% per l'Area Medica dovuto al fatto che i reparti di Medicina Interna si fanno carico della maggior parte dei ricoveri relativi a pazienti complessi e difficili. Di conseguenza, risulta aumentata rispetto allo standard di 7 giorni, la degenza media soprattutto in Medicina ed Ematologia, mentre poco più di un giorno in eccesso è risultata la degenza in Nefrologia ed Ortopedia. Interessante è invece notare come, mentre la MURG rispetta mediamente lo standard nazionale di degenza di 72 ore, quella in OBI lo supera costantemente (>36 h), diminuendo quindi la disponibilità dei posti in OBI per nuovi pazienti, costretti ad attendere in pronto soccorso con aumento del livello di affollamento e soprattutto del rischio clinico.

Nonostante la delibera regionale preveda chiaramente il numero di posti letto che ciascuna unità operativa ospedaliera dovrebbe dedicare al pronto soccorso (Tabella 3), in linea alla necessità di modulare l'ingresso dei ricoveri programmati in relazione a quello dei ricoveri urgenti, si evidenziano discrepanze opposte tra l'Area Medica, di Specialità Medica e nel privato/convenzionato dove i posti letto dovuti sono costantemente in numero inferiore di quello stabilito, rispetto all'Area Chirurgica e di Specialità Chirurgica, dove invece risultano più posti liberi del necessario.

| Disponibilità posti letto | Ascoli Piceno |
|----------------------------------|---------------|
| Area Medica (10%) | 5 |
| Area Spec. Medica | 5 |
| Area Chirurgica (4%) | 2 |
| Area Spec. Chirurgica | 1 |
| Privato/Convenzionato | 1 |
| Tot | 14 |

Tab. 3 Posti letto teoricamente dovuti quotidianamente disponibili al PS, da ogni area, così come stabiliti dalla delibera sopracitata.

Interessanti sono i risultati ottenuti dall'analisi dell'andamento annuale dell'indice NEDOCS, costantemente calcolato e registrato dai sistemi informativi del pronto soccorso: il valore delle ore 8 è un ottimo predittore del sovraffollamento nelle ore successive e potrebbe essere usato quindi per prevenire l'overcrowding mettendo in atto provvedimenti adeguati già precocemente con 4 ore di anticipo.

L'intervento del bed manager è ben evidente osservando l'andamento del NEDOCS delle ore 16: tale figura infatti dalle 8 alle 12, lavora "dietro le quinte". Attraverso un sistema di relazione continuo con le UU.OO., si occupa di verificare della disponibilità dei posti letto, gli appoggi fuori reparto, le indicazioni dei tempi di ricovero, verifica la programmazione delle dimissioni e della continuità delle stesse nell'arco di tutta la settimana, organizza un sistema di dimissioni verso altri setting assistenziali (post acuzie, riabilitazione, ospedali di comunità, case della salute, ecc.) e di concerto con la direzione sanitaria, procede al monitoraggio della durata della degenza dei pazienti. Dalle 13 alle 16 invece interviene andando effettivamente a gestire i flussi del paziente all'interno dell'ospedale, favorendo i ricoveri necessari e liberando il pronto soccorso. L'indice NEDOCS delle ore 16 risulta infatti più basso nel 95% dei giorni, rispetto a quello delle ore precedenti. Ciò è ancora più avvalorato dal fatto che i picchi si verificano soprattutto nella nota "crisi del weekend" o durante le festività, quando tale figura manca.

Riguardo il clima professionale, dai risultati del questionario indicatore modello ISPESL-HSE, correlato alla tematica del sovraffollamento, sono emerse percezioni positive degli infermieri sul proprio lavoro riguardo la tematica del "ruolo", "cambiamento", "supporto tra colleghi" e "supporto del management". Il risultato più interessante è quello che riguarda il rapporto con le figure manageriali e dirigenziali, tra cui è compreso il bed manager che si interfaccia quotidianamente con il personale. La sua figura infatti agisce da mediatore tra tutti i ruoli sanitari e tra i reparti e data la rigidità delle sue disposizioni, è un importante fattore di rischio per lo stress lavoro correlato, sia

fisico che emotivo. Negativi sono invece i risultati riguardanti la “domanda”, i cui valori, abbastanza distribuiti sulle risposte, non ci permettono di trarre una conclusione certa su tale parametro; anche le aree del “controllo” e delle “relazioni” necessitano di interventi correttivi in quanto, dalle risposte prevalenti, risultano un fattore di rischio di stress.

I limiti della prima parte dello studio sono che i dati sono stati tratti dal sistema informatico dell'ASUR MARCHE – AV5, i cui criteri di calcolo degli indicatori potrebbero essere diversi rispetto a quello di altre aziende e quindi non completamente paragonabili, ad esempio per quanto riguarda i tempi di consulenza e di ricovero; inoltre il valore NEDOCs è calcolato dal sistema per ogni minuto delle 24 ore e, nell'ottica di analizzare un intero anno, è stato preso per l'analisi il valore puntuale di sole 4 ore (8.00-12.00-13.00-16.00) ma l'andamento sarebbe potuto cambiare da minuto a minuto. Infine, riguardo il questionario indicatore modello ISPESL-HSE, i risultati raccolti sono stati compilati solo dai dipendenti che hanno lavorato nella settimana scelta, volontariamente e durante l'orario di lavoro e non da tutto il personale infermieristico delle unità operative. Inoltre, mancando il programma SOFTWARE-INAIL, scientificamente approvato per l'analisi quantitativa dei risultati del questionario, i dati sono stati analizzati manualmente dal punto di vista qualitativo e di prevalenza della risposta data.

Nella seconda parte del lavoro, si sono ricercate le carenze del sistema che potrebbero essere migliorate ed i cui risultati potrebbero riflettersi in positivo sugli indicatori sopracitati migliorando quindi l'efficacia, l'efficienza e la qualità del servizio al cliente.

Tali carenze sono state ben individuate in questo studio, attraverso un'analisi che, partendo dai risultati oggettivi ottenuti, entra direttamente a contatto con chi fa parte del sistema in prima linea, ovvero i coordinatori e gli infermieri.

“Gestione dei posti letto nel turno notturno, weekend e festivi”, “mancanza di una procedura che regoli le responsabilità e i compiti nel servizio”, “sistema di comunicazione principalmente telefonico inadeguato” sono le criticità che rendono più difficile il controllo e la gestione del sistema di bed management nel presidio ospedaliero di Ascoli Piceno, creando disagio nei reparti e rischio di errori. È interessante notare come già dall'interno proviene il bisogno di un sistema informatizzato che autoregoli il lavoro degli operatori stessi con rigide e vincolanti regole di comportamento.

Allo scopo di trovare la soluzione organizzativa migliore, il confronto con le altre realtà italiane dove è attiva la figura del bed manager ha consentito di prendere spunti per sperimentare delle azioni di miglioramento nella nostra realtà.

Dall'analisi, risultano interessanti e mancanti nell'organizzazione del presidio ospedaliero C e G "Mazzoni" di Ascoli Piceno:

- presenza di più di un bed manager o team di gestione operativa (presente in 6 realtà su 8 analizzate);
- copertura del servizio 7 giorni su 7, turno pomeridiano infrasettimanale e reperibilità festiva del bed manager;
- cruscotto informatico dei posti letto aziendali;
- regole rigide (anche con sanzione se non rispettate per giustificati motivi) riguardo l'aggiornamento dei posti letto occupati e disponibili;
- piano di dimissioni giornaliero;
- discharge room.

Partendo da queste idee e da una necessaria valutazione delle risorse disponibili realmente applicabili, si è elaborata una proposta di regolamento dove si è data particolare importanza all'implementazione di un cruscotto informatico dei posti letto aziendali costantemente aggiornato. Infatti per il funzionamento ottimale è necessario potersi avvalere di flussi informativi affidabili, tempestivi e sviluppati orizzontalmente in modo tale da poter seguire l'intero processo produttivo. L'informatizzazione dei dati inerenti il *flow management* è essenziale per una corretta e puntuale analisi dei dati per le attività previsionali, per la costruzione degli scenari allocativi e la valutazione in tempo reale dello status di utilizzo dei diversi *asset* in grado di fornire *alert* in caso di situazioni di "stallo" tali da compromettere i flussi dei pazienti. La proposta di regolamento quindi inquadra appieno la figura del bed manager definendone le caratteristiche principali, l'obiettivo prioritario delle sue azioni, le figure con le quali deve interfacciarsi costantemente e le sue specifiche attività. Definisce ma non modifica rispetto al sistema già adottato, gli orari di attività del servizio in quanto l'analisi delle risorse per ora disponibili non lo permette.

Cuore del regolamento sono le regole rigide di comportamento imposte ai reparti di degenza, ovvero quella di assicurare la disponibilità dei posti letto precisata dalla 357/DG del 20/06/2017 e quella di aggiornare tempestivamente il cruscotto informatico per tutte le movimentazioni dei pazienti (ammissione, dimissione effettiva o programmata, trasferimento, oltreché ad ogni cambio turno): senza di queste infatti l'intero sistema non potrebbe funzionare. La ditta informatica viene quindi incaricata di progettare un programma in modo da offrire una rapida visualizzazione da parte dei medici del pronto soccorso dei posti letto occupati, disponibili, prenotati o in dimissione programmata in tutti i reparti coinvolti, attraverso la colorazione delle caselline indicanti i letti in ciascuna UU.OO. come specificato nel regolamento. Un esempio di come potrebbe essere elaborato

il programma è illustrato in allegato 6. La possibilità di inserire i dati identificativi dei pazienti (nome, cognome, diagnosi ed eventuale medico inviante per i posti “prenotati dal PS”) consente una maggiore chiarezza della situazione e la possibilità di organizzare con più rapidità e certezza eventuali interventi urgenti di movimentazione dei pazienti all’interno ed all’esterno del presidio. La griglia delle responsabilità infine dimostra come sia necessario l’intervento di molteplici figure ai diversi livelli di responsabilità per mettere in atto il servizio, comprendendo quindi anche l’ufficio formazione per l’addestramento del personale e l’abilitazione dei neoassunti.

I limiti della seconda parte del lavoro sono che le interviste sono state svolte solo ai coordinatori delle varie UU.OO.: sarebbe stato interessante coinvolgere tutti gli infermieri dei reparti interessati per avere una maggiore consapevolezza dei problemi ed un maggior consenso alla procedura. Le e-mail ai BM sono state inviate solo alle realtà italiane dove la figura del bed manager è più attiva e gestionalmente più avanzata e non a tutte; inoltre sono stati messi a confronto i dati così come sono stati riferiti dalla figura del bed manager o come estratti dalla delibera istitutiva del servizio presso quella Azienda, senza verificarne personalmente l’effettiva applicazione.

CONCLUSIONE

In conclusione, è chiaramente evidente come sia necessario apportare un'evoluzione al sistema di bed management attualmente attivo nel presidio studiato e tale evoluzione è possibile solo attraverso una modifica dei comportamenti.

A tutt'oggi non sono disponibili soluzioni semplici, condivise e trasferibili in realtà omogenee per affrontare il problema del crowding e non si può pertanto non concordare con le considerazioni espresse in proposito dell'American College of Emergency Physicians nel 2008: l'affollamento del PS è pericoloso e dannoso per utenti e operatori; non va considerato solamente un problema del dipartimento di emergenza ma è a tutti gli effetti un problema dell'intero ospedale e “quando un PS è completamente gremito di pazienti presi in carico o in attesa non è più un PS ma è soltanto un'area di stazionamento”.

Dunque non si arriverà mai ad una soluzione definitiva del problema ed andrà valutata, con ulteriori studi, l'effettiva applicazione e l'efficacia del regolamento proposto sugli indicatori studiati, nonché la percezione del lavoro da parte degli operatori coinvolti. Quindi si individueranno ulteriori criticità, si cercheranno nuove soluzioni innovative e si proporranno degli strumenti di miglioramento seguendo un continuo ciclo di qualità.

L'organizzazione sanitaria è dunque chiamata ad evolversi in base al cambiamento della domanda, in maniera da garantire un'assistenza sempre più adeguata alle esigenze dei pazienti e le massime condizioni di sicurezza per i ricoverati. L'obiettivo primario è la messa a punto di strumenti operativi in grado di migliorare la gestione ed in particolare la capacità di creare “disponibilità” in termini di posti letto, più rapidamente per l'organizzazione e con un maggior livello di confort e sicurezza per il paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Determina del Direttore generale ASUR n. 357 del 20 giugno 2017, avente ad oggetto “Linee di indirizzo: “Il percorso del paziente in pronto soccorso e fast track” – determinazioni”
2. Keegan AD. Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed. *Med J Aust* 2010; 193: 291–3
3. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med* 2008; 51: 1-5
4. Kaier K, Mutters NT, Frank U. Bed occupancy rates and hospital-acquired infections—should beds be kept empty? *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: 941–5
5. Cameron PA, Hospital overcrowding: a threat to patient safety? *Med J Aust* 2006 Mar 6;184(5):203-4.
6. Pellecchia C, Natali F. Il Bed Management: esperienza del policlinico s.orsola-malpighi di bologna. *AICM Journal, Giornale Italiano di Case Management* 2014
7. Hoot N, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* 2008; 52: 126-136.
8. Moskop JC et al. Emergency Department Crowding, Part 1 – Concept, Causes, and Moral Consequences. *Ann Emerg Med* 2009; 53: 605-611.
9. Hwang U, Concato J. Care in the emergency department: how crowded is overcrowded? *Acad Emerg Med* 2004; 11: 1097-1101.
10. American College of Emergency Physicians. Crowding. *Ann Emerg Med* 2006; 47: 585.
11. Institute of Medicine, Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: at the Breaking Point*. National Academy Press, Washington (DC), 2006. Executive summary available at: <http://www.nap.edu/catalog/11621.html>. Accessed February 15, 2008.
12. “Bed management at Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi in Bologna, Italy” presentazione poster VII European Congress International Association of Gerontology and Geriatric – Vol 23 suppl. to n°1 febbraio 2011 pag.178
13. Pellecchia C, B. (2014:3). Il governo centralizzato della risorsa posto letto: il ruolo del bed manager aziendale. *AICM Journal*
14. Nathan Proudlove, Ruth Boaden, Julie Jorgensen. Developing Bed Managers: The Why and the How. *Journal of Nursing Management* 2007 Jan;15(1):34-42. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00632.x.

15. Audit Commission. "Lying in wait": The Use of Medical Beds in Acute Hospitals. HMSO, London, 1992.
16. Edwards JA, Webster S, Van Laar D, Easton S. Psychometric analysis of the UK Health and Safety Executive's Management Standards work-related stress Indicator Tool. *Work & Stress*. 2008;22(2):96 – 107.

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO INDICATORE MODELLO ISPESL-HSE

Per favore legga con attenzione le seguenti affermazioni relative al Suo lavoro negli **ultimi 12 mesi**, ed in particolare in relazione al fenomeno del “SOVRAFFOLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO” ed indichi quanto frequentemente le ha vissute utilizzando la scala sotto riportata.

| DATI SOCIO-DEMOGRAFICI | | | | | |
|------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|
| A. | Genere: | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | | |
| B. | Età | <input type="checkbox"/> Fino a 30 anni | <input type="checkbox"/> Da 31 a 50 anni | <input type="checkbox"/> 51 anni e oltre | |
| C. | Nazionalità: | <input type="checkbox"/> italiana | <input type="checkbox"/> non Italiana | | |
| D. | Tipologia contrattuale: | <input type="checkbox"/> tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> tempo determinato | <input type="checkbox"/> collaborazione | <input type="checkbox"/> lavoro interinale |
| | | | | <input type="checkbox"/> altro | |

QUALIFICA _____

| | | MAI | RARAMENTE | QUALCHE VOLTA | SPESSO | SEMPRE |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Ho chiaro cosa ci si aspetta da me al lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Posso decidere quando fare una pausa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Le richieste di lavoro che mi vengono fatte da varie persone/uffici sono difficili da combinare fra loro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | So come svolgere il mio lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Sono soggetto a molestie personali sotto forma di parole o comportamenti scortesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Ho scadenze irraggiungibili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Se il lavoro diventa difficile, posso contare sull'aiuto dei miei colleghi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Ricevo informazioni di supporto che mi aiutano nel lavoro che svolgo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Devo lavorare molto intensamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Ho voce in capitolo nel decidere la velocità con la quale svolgere il mio lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Ho chiari i miei compiti e le mie responsabilità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | MAI | RARAMENTE | QUALCHE VOLTA | SPESSO | SEMPRE |
|-----|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 12. | Devo trascurare alcuni compiti perché ho troppo da fare | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 13. | Mi sono chiari gli obiettivi e i traguardi del mio reparto/ufficio | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 14. | Ci sono attriti o conflitti fra i colleghi | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 15. | Ho libertà di scelta nel decidere come svolgere il mio lavoro | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 16. | Non ho la possibilità di prendere sufficienti pause | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 17. | Capisco in che modo il mio lavoro si inserisce negli obiettivi generali dell'organizzazione | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 18. | Ricevo pressioni per lavorare oltre l'orario | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 19. | Ho libertà di scelta nel decidere cosa fare al lavoro | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 20. | Devo svolgere il mio lavoro molto velocemente | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 21. | Al lavoro sono soggetto a prepotenze e vessazioni | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 22. | Ho scadenze temporali impossibili da rispettare | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - | <input type="checkbox"/> - |
| 23. | Posso fare affidamento sul mio capo nel caso avessi problemi di lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | FORTEMENTE IN DISACCORDO | DISACCORDO | NÉ D'ACCORDO NÉ DISACCORDO | D'ACCORDO | FORTEMENTE IN ACCORDO |
|-----|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. | I colleghi mi danno l'aiuto e il supporto di cui ho bisogno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Ho voce in capitolo su come svolgere il mio lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Ho sufficienti opportunità di chiedere spiegazioni ai dirigenti sui cambiamenti relativi al lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Al lavoro i miei colleghi mi dimostrano il rispetto che merito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Il personale viene sempre consultato in merito ai cambiamenti nel lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Se qualcosa al lavoro mi ha disturbato o infastidito posso parlarne con il mio capo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | Il mio orario di lavoro può essere flessibile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | I colleghi sono disponibili ad ascoltare i miei problemi di lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Quando ci sono dei cambiamenti al lavoro, mi è chiaro che effetto avranno in pratica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | Sono supportato in lavori emotivamente impegnativi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. | Le relazioni sul luogo di lavoro sono tese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | Il mio capo mi incoraggia nel lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

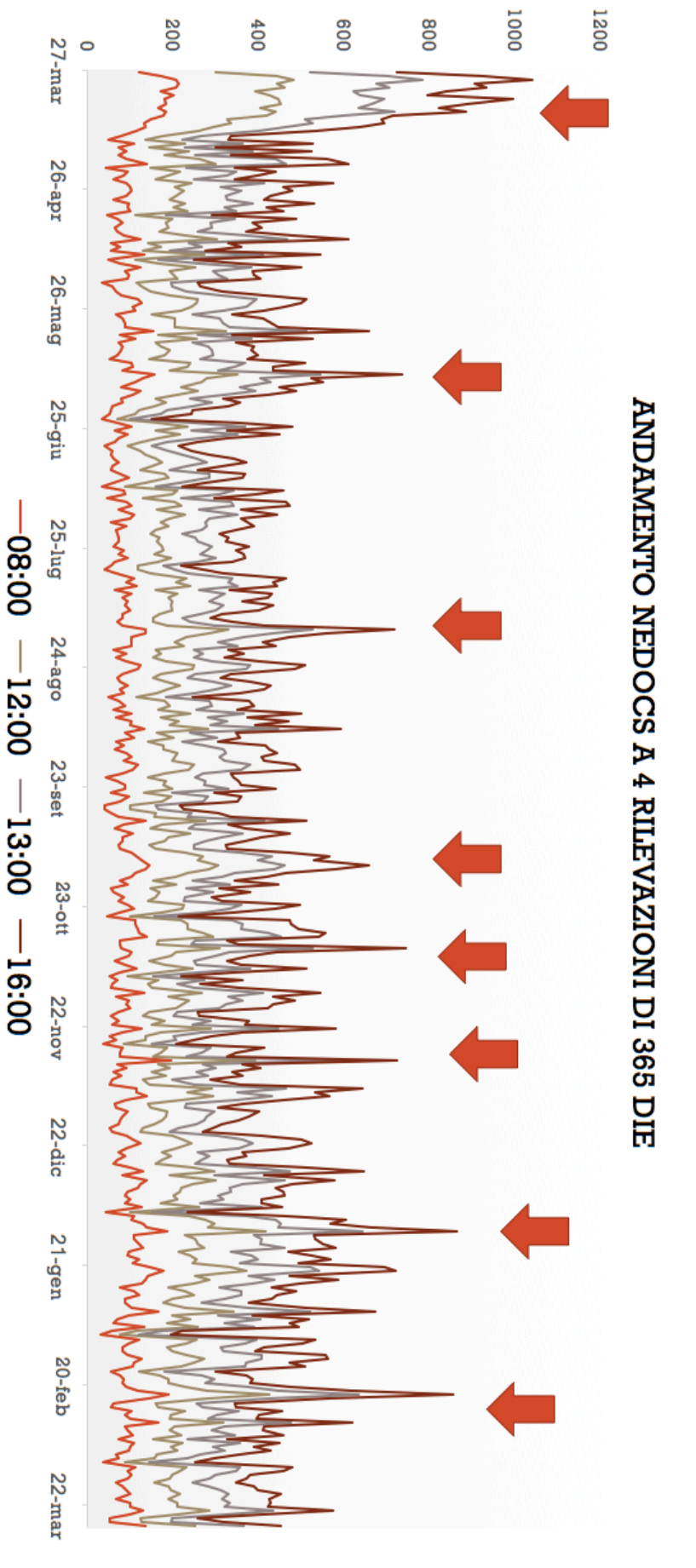
NOTE _____

ALLEGATO 2

Questionario per indagine di studio:

“Un nuovo ruolo dell’infermiere nella gestione del percorso del paziente al pronto soccorso: il BED MANAGER”

- a) Con quale delibera aziendale è stata istituita la figura del bed manager nella Vostra azienda?
- b) Il bed manager lavora da solo o fa parte di un team? Come è composto il team di bed management, se presente?
- c) Con quali orari viene garantito il servizio? Ci sono reperibilità notturne e/o festive?
- d) È presente un cruscotto informatizzato di visualizzazione dei posti letto aziendali? Come è organizzato a grandi linee?
- e) Se presente, chi e con quali regole viene aggiornata la situazione posti letto dai reparti?
- f) Altre informazioni utili di organizzazione che favoriscono la gestione del sovraffollamento (ex. presenza di discharge room, piano di dimissioni entro un certo orario, programmazione delle dimissioni e comunicazione, ecc.).



ALLEGATO 4

| Azienda | Regione Toscana USL n.2 Lucca | Regione Toscana AOU Meyer | Regione Lazio ASL Rieti | Regione Lazio AO San Camillo Forlanini, Roma |
|---|---|---|--|---|
| Istituzione figura | D.G.R. 693 del 2001 | D.G.R. 476 del 2.05.2018 | D.G.R. 192 del 19.02.2016 | D.G.R. 461 del 24.9.2014 |
| Organizzazione | Più bed manager (pool di infermieri che afferiscono alla direzione sanitaria) | Gestione Operativa: -team di GO -nucleo di Bed management (1 BM + due infermieri) -bed facilitator | 2 Bed manager | Team di Bed Manager (6 coordinatori infermieristici + infermieri non idonei all'assistenza diretta) |
| Operatività | -orario diurno feriale -pronta disponibilità notturna e festiva | 7 giorni su 7 | -8.00 - 17.00 dal lunedì al venerdì -8:30 - 14:00 il sabato -reperibilità festiva | - 8.00 – 20.00 giorni feriali - 8.00 – 14.00 giorni festivi |
| Strumenti gestionali e informatizzazione | Cruscotto informatico dei posti letto Visual Hospital | Cruscotto informatico dei posti letto aziendali | Cruscotto informatico dei posti letto aziendali | Cruscotto informatico dei posti letto aziendali |
| Aggiornamento | Effettuato da infermieri in servizio -ad ogni cambio turno -per ogni movimentazione del paziente - meeting settimanale il venerdì pom. | Effettuato dai bed facilitator (infermieri individuati in ogni reparto) -ad ogni cambio turno -per ogni movimentazione del paziente | Effettuato da infermieri in turno -tre volte al giorno (8.30-12.00-16.30) - per ogni movimentazione del paziente | Effettuato da coordinatore infermieristico o in assenza dall'infermiere più anziano del reparto -entro massimo 10 minuti dalla movimentazione del paziente |
| Gestione nel reparto | -touch screen nelle postazioni infermieri e lavagna elettronica di reparto | -programmazione livellata delle dimissioni in base alle ammissioni attese giorno per giorno -entro 24/48 h dall'ammissione viene decisa la data di presunta dimissione -va inserita nel cruscotto la motivazione che causano un ritardo nel rendere libero il posto letto | -dimissioni programmate il pomeriggio per la mattina -dimissioni entro le ore 12 -presenza di discharge room | -dimissioni entro le ore 12 |

| Azienda | Regione Liguria ASL n°3 “Genovese” | Regione Liguria ASL n.5 “Spezzino” La spezia | Regione Abruzzo ASL Teramo | Regione Veneto ULSS 2 Marca Trevigiana “Ca’ Foncello” Treviso |
|---|---|---|--|---|
| Istituzione figura | D.G.R. 23 del 22.01.2014 | D.G.R. 1509 del 29.11.2013 | D.G.R. 602 del 25.10.2017 | Decreto del direttore generale n. 119 del 08 ottobre 2018 |
| Organizzazione | 1 Bed Manager | 1 Bed manager (infermiere) + gruppo operativo di BM | Bed Manager (infermiere) | 2 Bed manager |
| Operatività | -7.00 - 14.00 dal lunedì al sabato - reperibilità pomeridiana 14.00 - 20.00 - no reperibilità festiva | -7.00 - 18.00 dal lunedì al venerdì -reperibilità festiva | - 8.00 – 15.00 giorni feriali - reperibilità festiva | Se presenti 2 BM orari su due turni: - mattino 8.00 - 14.30 dal lunedì al venerdì - pomeriggio 13.30 - 20.00 dal lunedì al venerdì Se presente 1 BM: - 8.00 – 16.00 dal lunedì al venerdì -sabato 8.30 – 12.30 - no reperibilità |
| Strumenti gestionali e informatizzazione | Cruscotto informatizzato | Cruscotto informatico dei posti letto aziendali | Cruscotto informatico dei posti letto aziendali | Non presente sistema informatico |
| Aggiornamento | Effettuato da infermieri in servizio - per ogni movimentazione del paziente | Effettuato da infermieri in servizio -ad ogni cambio turno -per ogni movim. del paziente Il mancato aggiornamento è sanzionabile. | Effettuato da infermieri e medici in turno -ad ogni inizio turno - tempestivamente per ogni movimentazione del paziente | - |
| Gestione nel reparto | - Piano dimissioni del giorno successivo entro le ore 10.00 aggiornato sul cruscotto e comunicato al B.M. -La dimissione almeno del 90% dei pazienti programmati per quella giornata deve essere effettuata entro le ore 10 | -Piano di dimissioni del giorno successivo va stabilito e segnato nel cruscotto entro le 12 -Dimissioni entro le ore 10 -Pazienti in dimissione nella discharge room | - | - dimissioni dei pazienti con ambulanza entro le ore 10.00 come obiettivo di budget per la medicina e geriatria |



| | | | |
|------|--|----------|---------------|
| 2020 | REGOLAMENTO OPERATIVO DELL'ATTIVITA' DI BED MANAGEMENT: GESTIONE INFORMATIZZATA POSTI LETTO | REV. 0.0 | Pagina 1/---- |
|------|--|----------|---------------|

| Revisione | Data | Responsabile | Descrizione e delle modifiche | Redazione | Verifica dei contenuti | Autorizzazione |
|--|-------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|---|
| 0 | Luglio 2020 | Direttore Dipartimento e/o di UOC | Prima emissione | Gruppo di miglioramento AV N. 5* | Dirigente UOS Governo Clinico P.O. Qualità e ricerca | Direzione medica di presidio AP Dirigente professioni sanitarie Area Infermieristica Direzione medica di presidio SBT |
| *Il gruppo di lavoro multidisciplinare e' composto da: | | | | | | |



*Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto*

INDICE

- 1. PREMESSA**
- 2. INTRODUZIONE**
- 3. OBIETTIVI**
- 4. ABBREVIAZIONI**
- 5. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'**
 - 5.1 LA FIGURA DEL BED MANAGER**
 - 5.2 GLI OBIETTIVI DEL B.M.**
 - 5.3 ISTITUZIONE DEL SERVIZIO**
 - 5.4 ORARI DI ATTIVITA'**
- 6. ISTRUZIONI OPERATIVE**
 - 6.1 UU.OO. COINVOLTE**
 - 6.2 ATTIVITA' DEL BED MANAGER**
 - 6.3 PROTOCOLLO COMPORTAMENTALE PER I REPARTI DI DEGENZA**
 - 6.4 GESTIONE INFORMATIZZATA DEI POSTI LETTO – CRUSCOTTO**
 - 6.5 TIPOLOGIA DI INSERIMENTO DATI**
 - 6.6 COMPILAZIONE COLONNA PRENOTATI DA C.O O PS**
 - 6.7 INTERFACCIA CHE CONSENTE LA LETTURA DEL CRUSCOTTO**
- 7. GRIGLIA DELLE RESPONSABILITA'**
- 8. BIBLIOGRAFIA**



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

1. PREMESSA

Vista la determina del Direttore Generale ASUR n. 357 del 20 giugno 2017, avente ad oggetto “Linee di indirizzo: “Il percorso del paziente in pronto soccorso e fast track” – determinazioni”, si rende necessario elaborare una procedura di sintesi che dia esecuzione alla delibera citata individuando le diverse responsabilità nelle varie fasi operative e temporali.

L’U.O.C. Medicina Accettazione e Urgenza, punto cardine del sistema di emergenza-urgenza, è dotata di un applicativo informatico che permette di disporre di dati aggiornati e tempestivi riguardo la situazione in tempo reale del sovraffollamento nel Pronto Soccorso, indicato attraverso l’indice NEDOCS, validato a livello internazionale, che classifica lo stato di affollamento in 6 fasce.

L’andamento della domanda non è programmabile, anche se possono essere prevedibili picchi in alcuni mesi dell’anno, in base all’epidemiologia stagionale ed in alcuni particolari orari della giornata. La mancata proceduralizzazione di alcuni percorsi e la definizione di una tempistica specifica potrebbe determinare un eccessivo prolungarsi della permanenza del paziente all’interno del Pronto Soccorso.

Il D.M. 70/15 raccomanda “che la gestione dei posti letto avvenga con massima flessibilità e con specifica rilevanza per le necessità dell’emergenza/urgenza attraverso l’informatizzazione dei posti letto”.

Al fine di gestire il percorso e di dare applicazione a ciò, si ritiene necessario individuare la ditta informatica attualmente operativa, quale fornitore di un adeguato supporto informatico per le UU.OO. dell’Area Vasta 5 coinvolte nel progetto che consenta di segnalare alla U.O.C Medicina Accettazione e Urgenza, i ricoveri e le dimissioni in essere.



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

2. INTRODUZIONE

La corretta gestione dei percorsi dei pazienti all'interno delle strutture ospedaliere può contribuire a migliorare il sistema, in particolar modo permette di superare alcune criticità come ad esempio i tempi di attesa in Pronto Soccorso, tempi di erogazione delle consulenze, la degenza media ed altri indicatori di attività.

È stato ampiamente dimostrato che il maggior contributo al sovraccarico del sistema è determinato non tanto dai fattori di input (ingresso) quanto da quelli di throughput (processo) e di output (uscita). Questi ultimi, contrariamente al primo, sono significativamente modificabili adottando adeguate strategie organizzative. Tra i fattori di input l'incidenza maggiore è da ascrivere all'incremento degli accessi correlati ad eventi eccezionali e/o ciclici stagionali. Tra quelli di throughput quello che incide maggiormente sul progressivo aumento dei tempi di permanenza in pronto soccorso è la necessità di attivare consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici strumentali, in particolare quelli di livello più avanzato. Tali elementi intervengono sempre con maggiore frequenza, sia per l'aumento dell'età media dei pazienti e delle comorbidità, sia per la evidente necessità di dover garantire ricoveri "appropriati" e dimissioni "sicure". Tra i fattori di output pesa maggiormente la difficoltà di ricoverare tempestivamente, per carenza di posti letto disponibili, i pazienti che ne hanno indicazione: fenomeno noto con il termine boarding (pazienti in coda, in attesa di ricovero) ed è il fattore più influente nel determinare il sovraffollamento.

Si rende pertanto necessario mettere in atto soluzioni organizzative che rendano più snelle e veloci le fasi di processo e di uscita del paziente dal sistema ospedaliero al fine di garantire un efficace e tempestivo percorso di presa in carico, di ricovero ed eventuale continuità delle cure in ambito territoriale. A riguardo la Direzione ASUR, attraverso un tavolo tecnico multidisciplinare, ha elaborato le "Linee di indirizzo: Il percorso del paziente in pronto soccorso e fast track – determinazioni" con DG 357/17 con la quale viene introdotto il bed manager con l'obiettivo di trovare soluzioni organizzative utili a favorire i percorsi di cura dei pazienti oltre che a potenziare le attività volte a semplificare le ammissioni/dimissioni e a facilitare i rapporti con il territorio.



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

3. OBIETTIVI

Il presente documento ha lo scopo di definire la governance della risorsa posti letto che possa rispondere alle mutate esigenze organizzative del pronto soccorso e degli ospedali in una logica di rete integrata al fine di garantire la corretta gestione dei percorsi dei pazienti all'interno delle strutture ospedaliere.

4. ABBREVIAZIONI

| | |
|--------|---|
| BM | Bed Manager |
| PS | Pronto Soccorso |
| DMO | Direzione Medica Ospedaliera |
| UU.OO. | Unità Operative |
| UOC | Unità Operativa Complessa |
| CCT | Centrale di Coordinamento trasporti Programmati |
| PO | Presidio Ospedaliero |
| PL | Posto Letto |
| DMPOU | Direzione Medica di Presidio Unico Ospedaliero |
| NEDOCS | Score for Emergency Department Overcrowding |



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

5.1 LA FIGURA DEL BED MANAGER

Il "Bed Management" è da intendersi, nello specifico, come lo snodo di riferimento in grado di conciliare le esigenze cliniche, assistenziali ed organizzative del percorso dei pazienti, in ambito ospedaliero, mediante la gestione dei posti letto al fine di raggiungere l'assetto assistenziale ottimale dei pazienti rispetto le risorse disponibili.

Le principali caratteristiche del Bed Manager sono:

- conoscenza approfondita dell'ospedale e dei servizi da esso erogati
- conoscenza delle abitudini delle singole U.O.
- conoscenza delle esigenze dei clinici al fine di garantire la massima integrazione tra percorsi urgenti e programmati quindi conoscenza delle liste d'attesa e pazienti provenienti dal Pronto Soccorso
- conoscenze delle esigenze cliniche e numeriche di ricovero del P.O. al fine della programmazione dei PL necessari e della attivazione dei flussi di ricovero e dimissione dei pazienti
- la capacità di decisione strategica come elemento di forte influenza sul decorso delle cure del paziente
- la quotidiana capacità decisionale a seconda dell'andamento del flusso di pazienti in entrata e in uscita, con la collaborazione di medici e infermieri
- la capacità di fare una previsione proiettiva della domanda di posti letto in base alla situazione reale e alla analisi dei dati aziendali e di quelli stagionali

5.2 GLI OBIETTIVI DEL B.M

La funzione prioritaria del Bed Manager è quella di assicurare il coordinamento delle azioni operative finalizzate alla corretta gestione della risorsa posto letto nel sistema di ricoveri e trasferimenti legato agli accessi da Pronto Soccorso intervenendo a livello puntuale e creando un



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

collegamento costante nelle diverse fasi del percorso assistenziale mediante un unico governo centrale che si interfacci costantemente con:

- Strutture Semplici e Complesse del P.O.
- Coordinatori
- Dipartimenti
- D.M.O.
- Direzione Aziendale
- Strutture di Riabilitazione
- Servizi di assistenza territoriale
- Servizi Sociali Ospedalieri
- CCT di riferimento

Nello specifico la sua attività si concretizza in:

- Determinare una relazione stabile ed “orientata alla missione” con i direttori, i medici di guardia e i coordinatori infermieristici delle UU.OO.;
- Determinare una relazione stabile con i servizi di radiologia e diagnostica per facilitare i tempi dei processi;
- Intervenire in caso di criticità nel sistema dei trasferimenti dalle aree critiche;
- Evitare l’uso di letti aggiuntivi ed assicurare il loro riassorbimento;
- Collaborare costantemente con i medici del PS per il problem solving ordinario;
- Collaborare con il Dipartimento chirurgico e medico per facilitare il trasferimento dei pazienti che non siano più di competenza verso gli altri regimi di ricovero/degenza o presso altre U.O.C. o strutture sanitarie;
- Facilitare la gestione dei pazienti anziani fragili in collaborazione con Servizi Ospedalieri e Territoriali per evitare ricoveri impropri;
- Monitorare il piano complessivo delle dimissioni delle unità operative al fine di individuare eventuali aree di criticità e gestione della dimissione difficile;



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

- Monitorare le dimissioni informatizzate in tempo reale, con particolare riferimento all'andamento del monitoraggio regionale delle giornate di degenza;
- Collegare e coordinare il percorso post acuzie sia ospedaliero che territoriale;
- Raccogliere e monitorare indicatori;
- Fornire consulenza e formazione sul campo ai professionisti nelle varie unità operative;
- Mantenere rapporti con la Direzione Sanitaria Aziendale;
- Fornire relazioni periodiche con la D.M.O. per problemi presenti e azioni;
- Collaborare agli aspetti di budget aziendale per gli aspetti di competenza.

5.3 ISTITUZIONE DEL SERVIZIO

La Direzione Aziendale in risposta alla riduzione dei posti letto ed alla necessità di riorganizzazione interna, ha individuato un infermiere Bed Manager, con le funzioni di ottimizzatore dei processi di ricovero e dimissioni posta in capo alla DMO, coadiuvata da altre figure professionali. Con la delibera 357/DG del 20/06/2017 sono stati attribuiti gli incarichi a tale figura.

5.4 ORARI DI ATTIVITA'

Il servizio di Bed Manager nel P.O. C e G "Mazzoni" di Ascoli Piceno è attualmente attivo dalle 8.00 alle 15.00 dal lunedì al venerdì.

Dalle 15.00 alle 8.00 dal lunedì al venerdì e nei weekend e festivi è attiva la reperibilità della DMO. L'ufficio del Bed Manager è ubicato al IV piano del P.O. C e G "Mazzoni" di Ascoli Piceno.

6. ISTRUZIONI OPERATIVE

6.1 UU.OO. COINVOLTE

| UU.OO. COINVOLTE | NOTE |
|--------------------------------|--|
| PNEUMOLOGIA | |
| MEDICINA/MALATTIE INFETTIVE | |
| MEDICINA/LUNGODEGENZA | |
| NEFROLOGIA | |
| EMATOLOGIA | |
| CHIRURGIA | |
| UROLOGIA/ORL | |
| ORTOPEDIA | |
| CARDIOLOGIA | |
| UTIC | |
| MURG/OBI | ‘ |
| PEDIATRIA | Non concorrono alla disponibilità dei posti letto. La rilevazione dei posti letto è effettuata solo per ricognizione per la DM. |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | Non concorrono alla disponibilità dei posti letto. La rilevazione dei posti letto è effettuata solo per ricognizione per la DM. |
| RIANIMAZIONE | Non concorrono alla disponibilità dei posti letto. La rilevazione dei posti letto è effettuata solo per ricognizione per la DM. |



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

6.2 ATTIVITA' DEL BED MANAGER

Nello specifico il Bed Manager:

- Viene coinvolto dal medico dell'OBI/MURG o PS in prima mattinata per renderlo partecipe delle necessità di ricoveri per mancanza di disponibilità di PL nelle aree e dipartimento di pertinenza;
- Ricerca soluzioni organizzative per la migliore allocazione delle persone da ricoverare specie in caso di mancanza di disponibilità di PL;
- Si mantiene in contatto con il medico della Murge /PS per eventuali criticità o variazioni delle situazioni che si presentano nell'arco della mattinata;
- Verifica quotidianamente lo stato di occupazione dei posti letto nella struttura ospedaliera e monitora le dimissioni giornaliere. Tale monitoraggio viene effettuato attraverso la rilevazione dei posti letto disponibili nell'area medica e nell'area chirurgica, calcolato al saldo delle dimissioni previste, dei trasferimenti interni e dei ricoveri programmati attraverso l'uso dei software disponibili che permettono di disporre in tempo reale del dato relativo al numero dei PL effettivamente occupati. La rilevazione dei posti letto disponibili sarà effettuata ad inizio (ore 8.00) e fine mattinata (ore 12:00/14:00);
- Comunica al medico dell'OBI/MURG o PS i letti ancora disponibili (al saldo dei ricoveri previsti dal programma) al fine di metterli a disposizione per i colleghi in servizio nel pomeriggio;
- Ricerca soluzioni organizzative per la migliore allocazione delle persone da ricoverare specie in caso di sovraffollamento; a riguardo eventuali criticità possono essere superate non solo attraverso la fattiva collaborazione tra i bed manager delle strutture ospedaliere appartenenti alla stessa area vasta, ma anche mediante scambi reciproci di disponibilità tra i BM delle strutture ospedaliere dell'ASUR;



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

-
- Supporta le UU.OO. e collabora con l'UVI, secondo protocolli condivisi, allo scopo di dimettere tempestivamente i pazienti che potrebbero necessitare di una continuità delle cure in un regime assistenziale di minore entità;
 - Verifica con il Medico di Murge/PS o UU.OO. le eventuali criticità di accesso a prestazioni diagnostiche strumentali e/o consulenze che rallentano il percorso diagnostico e la seguente dimissione;
 - Si interfaccia con la CCT di riferimento in merito a criticità di trasporto di pazienti che necessitano di ambulanza secondo la normativa vigente;
 - La domenica e i giorni festivi l'attività di bed management verrà svolta dal personale in pronta disponibilità della DM, in presenza di rilevazioni oggettive di sovraffollamento o da parte dell'infermiere di PS/triage oppure il lunedì verrà effettuata una ricognizione di quanto accaduto nel fine settimana;
 - Produce una reportistica giornaliera e mensile che verrà inviata alla DMPOU ed ai Direttori delle UU.OO. Un report trimestrale, sulla base dello schema condiviso, dovrà essere inviato alla Direzione ASUR (all'indirizzo di posta elettronica del referente ASUR del percorso);
 - Monitora, attraverso il metodo NEDOCS, lo stato reale ed oggettivo di sovraffollamento del PS e mette in atto, sentita la DMPOU, gli eventuali interventi necessari per la gestione del sovraffollamento stesso secondo quanto stabilito dal piano di Area Vasta.

6.3 PROTOCOLLO COMPORTAMENTALE PER I REPARTI DI DEGENZA

I reparti di degenza sono impegnati ad:

- Assicurare la disponibilità dei posti letto precisata dalla 357/DG del 20/06/2017
- Aggiornare tempestivamente il cruscotto informatico per tutte le movimentazioni dei pazienti (ammissione, dimissione, trasferimento, oltretché ad ogni cambio turno)

L'inserimento di dati non aderenti alla reale situazione in fase di aggiornamento sono sanzionabili.



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

6.4 GESTIONE INFORMATIZZATA DEI POSTI LETTO – CRUSCOTTO

A mezzo di cruscotto accessibile in rete è pertanto possibile conoscere in tempo reale la disponibilità dei posti letto in tutte le UU.OO. del presidio. Le modalità di utilizzo e di aggiornamento sono vincolanti per i dipendenti abilitati all'uso del software in quanto l'inserimento di dati non aderenti alla reale situazione in fase di aggiornamento sono sanzionabili.

Alle UU.OO. coinvolte la ditta informatica incaricata, fornirà l'indirizzo web I.P. a cui collegarsi per aggiornare la disponibilità dei posti letto e provvederà alla formazione dei formatori che a loro volta avranno la funzione di formare il personale delle UU.OO.

L'applicazione WEB utilizzata è in grado di registrare e salvare tutti i dati necessari garantendo completa tracciabilità in ordine all'identità, data e ora di chi effettua l'accesso, aggiornamento o variazione dei dati.

Tale applicazione ha le caratteristiche di un cruscotto accessibile in tempo reale mediante le seguenti modalità operative:

1. Accesso degli operatori autorizzati dal portale intranet aziendale tramite password
2. Interfaccia che consente agli utenti l'inserimento del dato

Ad ogni posto letto occupato nella U.O. corrisponde una casellina del cruscotto colorata in BLU se il paziente è di sesso maschile ed in ROSA se il paziente è di sesso femminile ed all'apertura di ogni casellina deve comparire:

- nome e cognome del paziente
- diagnosi di ingresso

I posti letto disponibili sono invece colorati in VERDE e sono privi di dati anagrafici.

I posti letto liberi, prenotati dal PS sono colorati in GIALLO e contengono:

- dati identificativi del paziente



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

- indicazione sospetta patologia

- nome del medico inviante

I pazienti la cui dimissione è prevista nel pomeriggio devono essere targati con la dicitura “DIM” allo scopo di visualizzare immediatamente i posti che diventeranno disponibili (VERDI) nelle ore successive.

Le figure individuate nella dichiarazione di disponibilità dei posti letto all'interno delle UU.OO. sono:

a) Il Bed Manager del P.O. che è il responsabile per la corretta verifica della gestione e della tempestività dell'inserimento dei dati;

b) Il personale medico o infermieristico presente in turno individuato dal Direttore/ Coordinatore Infermieristico della rispettiva U.O.

6.5 TIPOLOGIA INSERIMENTO DATI

- TIPO A. Inserimento ad ogni inizio turno

- Nel caso l'utente sia un CPSI (07.00-14.00-22.00)

L'utente dell'U.O designato ha l'obbligo di accedere al cruscotto ad ogni inizio turno per verificare la congruenza ed apportare le modifiche necessarie (anche nel caso in cui l'utente smontante non sia riuscito ad effettuarle).

- TIPO B. Inserimento ad ogni variazione della situazione durante il turno

L'utente designato ha l'obbligo di modificare tempestivamente, la situazione sul cruscotto in caso di qualsiasi variazione della situazione dei posti letto (es: Decessi, Ricoveri, Dimissioni reali o programmate, Trasferimenti, Prenotazioni da PS)

In assenza di cause oggettivamente motivate NON DEVONO ESSERE PROCASTINATI gli aggiornamenti al cruscotto per non incorrere in una grave limitazione dell'operatività del sistema emergenza/urgenza.

6.6 COMPILAZIONE COLONNA PRENOTATI da PS

Tale colonna la cui compilazione è **OBBLIGATORIAMENTE** sempre a carico del reparto, prevede oltre l'inserimento del numero dei posti letto prenotati anche i dati relativamente a:

- DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE
- INDICAZIONE SOSPETTA PATOLOGIA
- NOME DEL MEDICO INVIANTE

6.7 INTERFACCIA CHE CONSENTE LA LETTURA DEL CRUSCOTTO

La schermata in lettura mostra sia in ordine alfabetico, sia in funzione di ricerca attiva, le informazioni rese dalle UU.OO. coinvolte. Sono abilitati alla lettura la C.O., il P.S., il Bed Manager del P.O e la Direzione Medica di Presidio.

7. GRIGLIA DELLE RESPONSABILITA'

| FIGURE COINVOLTE | Redazione del regolamento | Approvazione progetto e regolamento | Fornitura hardware necessario alle UUOO | Disponibilità del programma web alle UUOO | Formaz. del personale | Applicaz. della procedura | Monitoraggio progetto | Abilitazione Neo Assunti |
|---------------------------------|---------------------------------|--|--|--|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| DIRETTORE SANITARIO | C | R | | | | I | R | |
| DIRETTORE MEDICO PRESIDIO | C | C | I | I | I | I | R | |
| DIRETTORE DEU | C | C | I | I | I | I | I | |
| DIRETTORE UO 118 | C | C | I | I | I | C | I | |
| DIRETTORI UUOO | | I | I | I | C | C | R | |
| BED MANAGER P.O | R | C | C | I | C | R | R | |
| COORDINATOR I UUOO | | I | C | I | C | R | R | |
| MEDICO PS C.O. 118 | | I | | | | R | | |
| PERSONALE ABILITATO | | I | | I | C | R | I | |
| RESPONSABILE C.C.T. | | I | | | | I | | |
| Sistema Informatico | C | I | R | R | C | | C | R |
| Gruppo di miglioramento | R | C | C | C | R | I | C | I |
| Ufficio Formazione | | I | | | R | | | R |

Legenda: R = responsabile C= coinvolto I = informato



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

8. BIBLIOGRAFIA

Regione Marche ASUR Marche, Delibera n° 357 del 20 giugno 2017 “Linee di indirizzo: “Il percorso del paziente in pronto soccorso e fast track” – determinazioni”

Regione Liguria ASL n.3 “Genovese”, Delibera n° 23 del 22 gennaio 2014 “Approvazione del Regolamento operativo dell’attività di Bed Management ai sensi della D.G.R. n. 1509 del 29.11.2013”

Regione Liguria ASL n.5 “Spezzino” La spezia, Delibera del Direttore Generale n° 874 del 6 ottobre 2016 “Approvazione del regolamento operativo dell’attività di Bed Management ai sensi della D.G.R. n. 1509 del 29.11.2013”

Regione Abruzzo ASL Teramo, Delibera n° 1647 del 17 novembre 2017 di recepimento della D.G.R. n° 602 del 25/10/2017 “Approvazione disciplinare tecnico gestione informatizzata posti letto rete emergenza-urgenza”

Regione Veneto ULSS n.2 Marca Trevigiana “Ca’ Foncello” Treviso, Decreto del direttore generale dell’area sanità e sociale n° 119 del 08 ottobre 2018 “Approvazione dei criteri di distribuzione dei ricoveri per acuti in area medica presso gli ospedali della Regione del Veneto”

Regione Lazio ASL Rieti, Delibera del Direttore Generale n° 911 del 10 dicembre 2018 “Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento: “Aggiornamento del Piano Aziendale di contrasto al sovraffollamento””

Regione Lazio AO San Carlo Forlanini Roma, Delibera n° 461 del 24 settembre 2014 “Riorganizzazione Servizio di Facilitazione dei Processi di Ricovero e Dimissione (Bed Management)”

Regione Toscana AOU Meyer, Delibera del Direttore Generale n° 440 del 28 settembre 2018 “Presenza d’atto della deliberazione di G.R.T. n. 476 del 02.05.2018 “Azioni per il contenimento dei tempi di attesa””

ALLEGATO 6

Struttura:

Area dipendenza:

- # Reparto test #
- Chirurgia
- DH / DS
- DH NPI
- DH Oncologia
- NPI Livella
- Neurochirurgia**
- Neurologia
- Oncologia
- Oncologia TMO
- Pediatria medica A
- Pediatria medica B
- Riabilitazione
- Riabilitazione subintensiva
- SFRL
- TIN
- Week Hospital

Specialità

- (10) Neurochirurgia
- (1) Neurochirurgia Diagnostica
- (2) Neurochirurgia Funzionale Epilessia
- (1) Traumatologia Ortopedica Pediatrica

Struttura orto:

| | | |
|------|-----------------------------------|------------------------------|
| 30G: | 30C: | 30D: |
| | | Traumatologia Ortopedica ... |
| 30G: | 30E: | 30F: |
| 33: | Neurochirurgia | Neurochirurgia |
| 34: | Neurochirurgia Diagnostic ... | |
| 35: | Neurochirurgia | Neurochirurgia |
| 36: | Neurochirurgia | Neurochirurgia |
| 37: | DIM Neurochirurgia Funzionale ... | Neurochirurgia |
| 38: | Neurochirurgia Funzionale ... | Neurochirurgia |
| 39: | | Neurochirurgia |
| 40: | | Neurochirurgia |

Aggiorna ora

30f Prenotato
ANDREA ROSSI
Asportazione ernia
Dott.

35b Neurochirurgia
MARIO ROSSI
Craniotomia