

 	STRUTTURA COMPLESSA DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	Regolamento GEN-DS-REG- Bed Management-01
	GEN-DS-REG- Bed Management-01	

REGOLAMENTO OPERATIVO DELL'ATTIVITA' DI BED MANAGEMENT NEL P.O.U. (Disciplina dei ricoveri e delle dimissioni e piano di gestione del sovraffollamento in P.S.)

Redazione	<i>Gruppo di Lavoro</i>
Verifica	<i>Direttore S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria</i> <i>Dottor Guido DI VITO</i> <i>Firm.to in originale</i>
Approvazione	<i>Direttore Sanitario</i> <i>Dottorssa Marta CALTABELLOTTA</i> <i>Firm.to in originale</i>
Data di applicazione	30/12/2021

Codice: GEN-DS-REG- Bed Management-01	Data: 30.12.2021
Rev. 0.1	

1. INDICE

1.	INDICE	3
2.	SCOPO	4
2.1.	APPLICABILITÀ	4
2.2.	OBIETTIVO	4
2.3.	OGGETTO	5
3.	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	6
4.	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	7
5.	DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ.....	9
5.1	LA FUNZIONE DEL BED MANAGER	9
5.2	COMPITI DEL B.M.....	10
6.	ISTRUZIONI OPERATIVE.....	13
6.1	MODALITÀ OPERATIVE DELL'EQUIPE DI BED MANAGEMENT	13
6.2.	PROTOCOLLO COMPORTAMENTALE GENERALE PER I REPARTI DI DEGENZA	15
6.2.1	<i>Ricoveri in Area Medica</i>	<i>17</i>
6.3.	TURN OVER DEI POSTI LETTO	17
6.4	REPARTO DI COMPETENZA NOSOLOGICA E REPARTO DI APPOGGIO	17
6.5	PERCORSO FACILITATO DI TRANSITO CLINICO-ASSISTENZIALE DI PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO ALLE STRUTTURE DI DEGENZA	18
6.5.1	<i>Protocollo comportamentale per il pronto soccorso</i>	<i>19</i>
6.5.2	<i>Protocollo comportamentale per l'OBI</i>	<i>20</i>
6.6	TEMPO DI BORDING	21
6.7	STANDARD DI EFFICIENZA OPERATIVA E PRODUTTIVA	22
6.8	CRUSCOTTO DEGLI INDICATORI DI SOVRAFFOLLAMENTO.....	22
6.8.1	<i>Cruscotto analitico</i>	<i>22</i>
6.8.2	<i>Cruscotto sintetico.....</i>	<i>23</i>
6.9	STANDARD QUOTIDIANO DI POSTI LETTO PER IL PS/PPI.....	24
6.9.2	DISPONIBILITÀ DI LETTI - MISURE STRAORDINARIE.....	24
6.10	GRUPPO AZIENDALE DI VERIFICA PERIODICA	25
6.11	CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE GENERALI	25
6.12	DIAGRAMMA DI FLUSSO DEI RICOVERI DA PS.....	26
7	RESPONSABILITÀ	27
8	ACCESSIBILITÀ	28
9	PARAMETRI DI CONTROLLO	29
10	GRUPPO DI LAVORO.....	30

2. SCOPO

Scopo del presente Documento a valenza Aziendale è:

- definire le modalità di svolgimento delle attività di Bed Management all'interno di tutte le strutture Ospedaliere della ASL3 "Genovese" in attuazione della DGR 1509 del 29.11.2013 e delle disposizioni di cui alle linee di indirizzo di A.Li.Sa. per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.
- disciplinare le modalità di attuazione dei ricoveri e delle dimissioni.

2.1. Applicabilità

La presente istruzione di lavoro è applicata all'interno di tutte le Strutture del Presidio Ospedaliero Unico di ASL3, da tutti i professionisti coinvolti nella gestione dei ricoveri disposti in urgenza dal Pronto Soccorso e nella gestione delle dimissioni da tutti i reparti ospedalieri anche dei pazienti complessi per patologia cronica e/o problemi socio-assistenziali in sinergia con la funzione di Bed Management aziendale, ciascuno per la rispettiva competenza.

2.2. Obiettivo

Definire un regolamento operativo per la gestione dei posti letto aziendali, funzionale alle esigenze del territorio che consenta di disciplinare e monitorare costantemente la disponibilità di posti letto al servizio dell'area dell'emergenza.

Governare le fasi di ricovero e di dimissione, attraverso la gestione corretta e tempestiva della risorsa posti letto in ambito aziendale in attuazione ai programmi ordinari di disponibilità degli stessi e, contestualmente, migliorare la performance del DEA dell'Ospedale Villa Scassi.

Standardizzare il numero dei posti letto necessari per le esigenze del PS e di quelli disponibili per l'elezione, soggetti a monitoraggio specifico.

Ridurre il tempo di attesa di ricovero da Pronto Soccorso e di dimissione da reparto, migliorando l'accesso al ricovero, il percorso del paziente durante il ricovero stesso e la fase di dimissione con il potenziamento e la valorizzazione dei percorsi verso le Strutture Riabilitative, le Cure Intermedie, le Residenze Sanitarie Assistite (RSA), le Cure Domiciliari nonché l'integrazione con il Territorio.

Orientare le modalità di effettuazione dei ricoveri in regime di urgenza, elezione, in appoggio e delle dimissioni al fine di assicurare un percorso standardizzato ed omogeneo a tutela dei pazienti necessitanti di ricovero nelle strutture del P.O.U.

Definire le misure organizzative straordinarie per far fronte ai periodi di maggior carico dei ricoveri urgenti

2.3. Oggetto

Al fine di affrontare in maniera coerente le diverse complessità per garantire la continuità dei flussi dei pazienti dall'arrivo in Pronto Soccorso fino all'occupazione del posto letto ed alla successiva dimissione, viene istituito un sistema strutturato (Team per il Bed Management) coordinato dal Bed Manager e assegnato funzionalmente alla Direzione Medica di Presidio su delega della Direzione Sanitaria:

- Medico di Direzione Medica Ospedaliera con funzione di Bed Manager
- Infermiere
- Assistente Sociale-Assistente Sanitario
- Supporto Amministrativo
- Supporto Informatico

Il presente Regolamento disciplina le modalità di effettuazione dei ricoveri in regime di urgenza, elezione, in appoggio e delle dimissioni.

3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

D.G.R. 1509 del 29/11/2013 Direttive alle Aziende Sanitarie ed Enti equiparati in materia di “Bed Management”.

Ministero della Salute, Dir. Gen. di Programmazione Sanitaria, Livelli di assistenza e Principi Etici di sistema. Attività di ricovero 2009
http://www.salute.gov.it/mgs/C17_pubblicazioni_1534_allegato.pdf

Ministero della Salute. Valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali
<http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=273>

Linee di indirizzo Regionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (prot. Alisa n. 0183654 del 13/12/2021)

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

SIGLE E DEFINIZIONI:

POU	Presidio Ospedaliero Unico
S.O.	Stabilimento Ospedaliero
D.M.O.	Dirigente Medico Ospedaliero
D.M.P.O	Direzione Medica Presidio Ospedaliero
D.L.vo	Decreto Legislativo
CI	Coordinatore Infermieristico
Inf.	Infermiere
B.M.	Bed Manager
P.S.	Pronto Soccorso
MMG	Medico di Medicina Generale
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
S.C.	Struttura Complessa
S.S.	Struttura Semplice
UVGO	Unità di Valutazione Geriatrica Ospedaliera
T.O.	Tasso di Occupazione

Il “**bed management**” è da intendersi come lo snodo di riferimento in grado di conciliare le diverse esigenze (cliniche, assistenziali ed organizzative) del percorso dei pazienti in ospedale, mediante un’adeguata gestione dei posti letto al fine di raggiungere l’assetto assistenziale ottimale dei pazienti rispetto alle risorse disponibili.

Il **Bed Manager (B.M.)** è la figura professionale individuata dall’Azienda che assicura la funzione di coordinamento per la gestione corretta e tempestiva della risorsa posti letto in ambito aziendale in attuazione ai programmi ordinari di disponibilità degli stessi nel rispetto del presente regolamento.

Per “**ammissione urgente da PS**” si intende il ricovero assicurato dall’ospedale, 24 ore su 24, tutti i giorni dell’anno, con precedenza sulle altre tipologie di ricovero, disposto dal medico del PS che, in base alla situazione clinica rilevata, mette in atto tutte le procedure diagnostico-assistenziali immediatamente necessarie ed individua la competenza nosologica per il ricovero.

E’ possibile e da favorire l’ammissione urgente disposta direttamente dal medico del reparto ospedaliero accettante, previo contatto tra MMG o specialisti, qualora sia evidente il motivo di accesso urgente (es. paziente con scompenso cardiaco, valutato in ambulatorio di cardiologia), come da procedura aziendale vigente (GEN-DMO-IL-ricovero-00).

Per “**dimissione protetta**” o “**facilitata**” s’intende un percorso assistenziale del paziente da un setting di cura ad un altro (domicilio o struttura residenziale) che si applica ai pazienti “fragili”, prevalentemente (anche se non necessariamente) anziani, in molti casi privi di un valido supporto familiare o sociale, spesso affetti da più

patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza.

Per questi pazienti “fragili”, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di assistenza medica, infermieristica e/o riabilitativa da organizzare in un progetto di cure integrate di durata variabile da erogare al domicilio o in una diversa struttura di degenza o ambulatoriale. Inoltre può esservi la necessità di assistenza sociale.

Le dimissioni facilitate o protette devono essere intese come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori delle strutture Ospedaliere e Territoriali e degli Enti Locali, con il coinvolgimento diretto del MMG e della famiglia dell’assistito, al fine di garantire la continuità di cura.

5. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

5.1 LA FUNZIONE DEL BED MANAGER

La gestione dei posti letto da rendere disponibili per l'Area Emergenza-Urgenza, costituisce una delle maggiori criticità delle strutture ospedaliere. L'insufficiente o tardiva disponibilità della risorsa posto letto, rispetto alla domanda, si ripercuote sulle strutture dell'emergenza. La gestione del posto letto si configura quindi come elemento organizzativo gestionale strategico e si realizza attraverso l'attivazione di programmi di bed management.

In questo contesto il bed manager ha il compito di gestire in tempo reale la risorsa posto letto in attuazione ai programmi ordinari di disponibilità previsti a livello aziendale.

Il bed manager si avvale di supporti professionali, infermieristici, amministrativi ed informatici per espletare la propria funzione. Il bed manager, in applicazione della DGR n.1509 del 29/11/2013, è una figura della Direzione Medica di Presidio, disponibile nelle 24 ore, ricorrendo alla chiamata in reperibilità.

Il B.M. ha un ruolo prioritario nell'assicurare il coordinamento costante e complessivo delle azioni finalizzate all'ottimizzazione dell'uso della risorsa posto letto, mediante un gruppo strutturato di operatori assegnati e avvalendosi della collaborazione dei DD.MM.OO, dei Direttori e Coordinatori di Dipartimento Territoriali ed Ospedalieri, dei Direttori/Responsabili e Coordinatori delle SS.CC. e SS.SS. Ospedaliere e Territoriali e dei Direttori e Coordinatori di Distretto.

Le competenze del Team di Bed Management sono esclusivamente di tipo igienico-organizzativo-gestionale relativamente alla gestione dei posti letto.

La valutazione delle necessità cliniche ed assistenziali del paziente (patient management) è di competenza esclusiva del medico e del coordinatore, per quanto di rispettiva competenza, delle strutture dell'emergenza (PS/PPI) e del reparto di ricovero che definiscono il "livello di cura" e la "struttura organizzativa professionale" più appropriata rispetto alle problematiche cliniche dello stesso.

Il Team di Bed Management opera sotto la responsabilità del Bed Manager ed afferisce, funzionalmente, alla Direzione Medica di Presidio, su delega del Direttore Sanitario; è composto da personale specificatamente individuato (medici, infermieri, amministrativi, assistenti sociali, assistenti sanitari) che svolge le seguenti funzioni:

a) amministrative:

- verifica quotidiana dei posti letto liberi/occupati nei reparti con i sistemi informatici aziendali;
- predisposizione periodica di reportistica su attività di ricovero ospedaliero.

- b) infermieristiche:
 - rilevazione del fabbisogno di ammissioni/dimissioni giornaliero anche mediante visite in PS/PPI e nei reparti;
 - collegamento operativo tra le DD.MM.OO. dei diversi Ospedali del Presidio, Reparti e PS/PPI per gestione dei posti letto.
- c) **assistenza socio -sanitaria:**
 - supporto alla dimissione di casi sociali e socio sanitari;
 - collegamento operativo con le SS.CC. Assistenza Geriatrica e Assistenza Distrettuale.
- d) mediche:
 - attuazione regolamento
 - adozione di provvedimenti specifici.
 - vigilanza e controllo

5.2 COMPITI DEL B.M.

Il Bed Manager ha il compito di:

- Utilizzare gli strumenti messi a disposizione (cruscotto informatico, risorse umane) per gestire la risorsa posto letto in modo appropriato
- Verificare il rispetto dei percorsi stabiliti dal regolamento aziendale e l'applicazione delle misure per il rispetto della disponibilità dei posti letto.
- Gestire i posti letto necessari per i ricoveri da PS e per quelli di elezione garantendo il flusso ottimale dei ricoveri sia urgenti che programmati con particolare riferimento alle attività chirurgiche ed in linea con le attività di sala operatoria.
- Garantire l'equilibrio dei flussi relativamente a ricoveri, trasferimenti intraospedalieri e dimissioni, favorendo l'accesso tempestivo dei pazienti al setting assistenziale più appropriato sulla base delle indicazioni cliniche del medico di riferimento.
- Applicare le procedure di assegnazione dei ricoveri urgenti ai singoli reparti, anche in modalità di "appoggio".
- Collabora con l'UVMO per la gestione tempestiva ed appropriata i pazienti che necessitano del supporto territoriale per le dimissioni protette
- Applicare la procedura di monitoraggio di eventuali scostamenti dei singoli pazienti dalla degenza media del reparto o dal tempo medio di degenza previsto per la patologia che ha portato al ricovero
- Valutare il corretto flusso di pazienti, per garantire il giusto bilanciamento delle diverse discipline, in modo che pazienti di una determinata area non restino privi della possibilità di ricovero a causa degli appoggi di pazienti di pertinenza di altre specialità.
- Definire ed applicare le misure ordinarie per il monitoraggio rispetto all'aderenza dei reparti alla effettiva disponibilità dei posti letto verso il PS rispetto alla teorica prevista.
- Applicare le misure incrementali straordinarie da adottare per far fronte ai periodi di maggior carico dei ricoveri urgenti (iperafflusso, emergenze epidemiologiche stagionali o contingenti), attuando i previsti meccanismi interni di riorganizzazione.

- Integrare gli eventuali ricoveri urgenti provenienti da ambulatori specialistici nel rispetto dei criteri di appropriatezza e tempestività.
- Prevedere e pianificare il rientro presso il centro spoke di provenienza, dei pazienti trasferiti nell'ambito delle reti hub-spoke, nel momento in cui il paziente abbia terminato il percorso diagnostico terapeutico presso il centro hub.
- Assicurare, in tempi rapidi e nella struttura appropriata, il ricovero dei pazienti giunti in Pronto Soccorso e che necessitano di cure ospedaliere, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa.
- Definire standard omogenei di efficienza operativa per i reparti, in particolare dell'area internistica e chirurgica.
- Definire la capacità produttiva dei singoli reparti sulla base dei suddetti standard e costruzione di un meccanismo che consenta di distribuire il carico dei ricoveri urgenti, in modo uniforme e tenuto conto della capacità di attrazione e di gestione dei casi più complessi.
- Definire lo standard quotidiano di posti letto necessari per le esigenze del PS/PPI e di quelli disponibili per l'elezione.
- Concorrere allo sviluppo del "cruscotto posti letto aziendali" da cui desumere, in tempo reale, la disponibilità dei posti letto stessi delle diverse Strutture Ospedaliere e garantirne l'utilizzo.
- Analizzare i flussi dei ricoveri e delle dimissioni al fine di evidenziare le criticità organizzative.
- Relazionarsi costantemente con i reparti ospedalieri per gli aggiornamenti sui flussi dei posti letto, anche ad integrazione del cruscotto in fase di attuazione.
- Definire misure ordinarie per il rispetto delle disponibilità di letti da parte delle Strutture verso il PS/PPI (letti aggiunti, letti in appoggio, blocco selettivo dei ricoveri programmati, ecc.).
- Definire le misure organizzative straordinarie che l'Azienda deve adottare per far fronte ai periodi di maggior carico dei ricoveri urgenti (iperafflusso, emergenza epidemiologiche stagionali o contingenti, ecc.), in modo da allocare nelle aree/reparti di degenza i pazienti che sono in attesa di ricovero presso la Struttura di PS, OBI, Medicina d'Urgenza/ Degenza Breve.
- Elaborare strategie atte a diffondere all'interno dell'ospedale la cultura del posto letto come risorsa preziosa, da utilizzare con alta efficienza.
- Organizzare i percorsi e le sinergie extra ospedaliere, in accordo con la S.S.D. Assistenza Geriatrica territoriale e i Distretti Socio Sanitari al fine di supportare le strutture di degenza nella dimissione dei pazienti, in particolare di quelli fragili che necessitano ancora di un ambiente protetto (RSA) o di Cure Domiciliari;
- Proporre ed eventualmente collaborare all'attivazione della "discharge room" per la quale si rimanda a successive determinazioni;
- collaborare con il Direttore del Presidio Ospedaliero e con il Direttore Sanitario all'attivazione di una "degenza a conduzione infermieristica";
- Valutare, attraverso l'utilizzo di appropriati indicatori di processo, il livello di efficienza e di efficacia degli interventi messi in atto;

- Intervenire direttamente o indirettamente in caso di non aderenza al regolamento, attivando misure correttive e/o integrative, sottraendo questa incombenza ai medici e/o infermieri di PS/PPI;
- Supportare la Direzione Sanitaria e di Presidio nella definizione di strategie atte a coinvolgere le risorse Territoriali ASL per ridurre gli accessi ospedalieri, in particolare quelli di Pronto Soccorso, e per favorire un precoce rientro in famiglia o in strutture protette dei pazienti ricoverati (RSA).

6. ISTRUZIONI OPERATIVE

6.1 MODALITA' OPERATIVE DELL'EQUIPE DI BED MANAGEMENT

La funzione del bed management monitora i dati delle 24 ore, con la finalità dell'ottimale utilizzo della risorsa posto letto mediante il puntuale governo delle fasi di ricovero e dimissione.

La funzione è svolta in presenza, durante gli orari di apertura delle D.M.O., e in pronta disponibilità nelle restanti fasce. L'attività è svolta dal personale reperibile afferente alla Dirigenza delle Professioni Sanitarie, tramite i Titolari di Incarico Organizzativo Responsabile/ Referente Processi Assistenziali delle D.M.O. e dal personale dirigente medico delle D.M.O

L'equipe si occuperà delle seguenti attività:

- Aggiornare costantemente lo standard dei posti letto necessari per le esigenze del PS e di quelli disponibili per l'elezione, soggetti a monitoraggio specifico;
- verificare il rispetto degli standard omogenei di efficienza operativa che dovranno essere rivisitati, a cura del Bed Manager, in accordo con la DMPO e il CCD secondo gli indicatori definiti per il monitoraggio di cui sopra;
- giornalmente effettuare la ricognizione della situazione posti letto, verificandone la congruità con la situazione programmata;
- mettere in atto azioni volte a risolvere eventuali problemi organizzativi interni all'ospedale che ostacolano in qualche modo la dimissione dei pazienti in tempi corretti;
- relazionare al Direttore Sanitario e al Direttore del Presidio Ospedaliero Unico, con cadenza semestrale, e comunque ogni qualvolta se ne evidenzia la necessità, l'andamento dell'attività svolta e le particolari criticità emerse al fine di riprogrammare obiettivi e standard;
- presentare periodicamente ai singoli Direttori e Coordinatori di S.C. e S.S. i risultati misurati con l'utilizzo di appropriati indicatori, le criticità e le proposte di soluzioni;
- garantire il rispetto delle disposizioni di cui ai successivi punti 6.4, 6.5, 6.6, 6.7.

Le attività dei vari componenti del Team in questa fase sono di seguito descritte.

Il Personale amministrativo del Team provvede a :

- monitorare più volte al giorno, mediante telefonate e mediante i sistemi informatici aziendali, lo stato di occupazione dei posti letto (disponibili/occupati/prenotati in attesa di essere occupati) di tutti i reparti ospedalieri;
- raccogliere i dati per la reportistica periodica.

L'infermiere del Team svolge quotidianamente quanto segue:

- effettua il giro mattutino nei reparti e nel PS;
- acquisisce il piano dimissioni giornaliero previsto nei reparti;
- acquisisce le necessità di ricovero del paziente di PS;
- verifica a campione l'osservanza delle regole condivise;
- collabora alla gestione dei dati per la reportistica periodica;
- è referente dei Coordinatori Infermieristici per la buona gestione dei posti letto all'interno dei reparti;
- relaziona sulla situazione e sui provvedimenti adottati al Bed Manager.

L'Assistente Sociale /Assistente Sanitaria del Team:

- acquisisce dai reparti le necessità di dimissione protetta di casi sociali (pazienti senza fissa dimora, con dipendenze, ecc.) in collaborazione con l'UVGO ed i Servizi Sociali;
- relaziona quotidianamente sulla situazione e sui provvedimenti necessari al Bed Manager.

Il Bed Manager, a seguito delle informazioni che gli pervengono quotidianamente dal Team, effettua quanto segue:

- adotta azioni preventive ed esecutive finalizzate a rendere quotidianamente disponibile, per i ricoveri urgenti, la necessaria dotazione di posti letto nei reparti, in condizioni di sicurezza per pazienti ed operatori;
- facilita una razionale gestione dei ricoveri in tempo reale;
- vigila ed adotta i provvedimenti necessari a garantire:
 - il rispetto degli standard di efficienza operativa definiti dal regolamento;
 - la capacità produttiva dei singoli reparti sulla base degli standard e costruzione di un meccanismo che consenta di distribuire il carico dei ricoveri urgenti, in modo uniforme e tenuto conto della capacità di attrazione e di gestione dei casi più complessi;
 - lo standard quotidiano di posti letto necessari per le esigenze del PS/PPI e di quelli disponibili per l'elezione;
- propone eventuali provvedimenti specifici finalizzati a garantire la disponibilità di posti letto per ricoveri urgenti, fino all'eventuale sospensione dell'attività di ricovero di elezione, in accordo con i DD.MM.OO. e il DMPO;
- concorre allo sviluppo del "cruscotto posti letto aziendali" da cui desumere, in tempo reale, la disponibilità dei posti letto stessi delle diverse Strutture Ospedaliere e ne garantisce l'utilizzo;
- analizza i flussi dei ricoveri e delle dimissioni al fine di evidenziare le criticità organizzative;
- si relaziona costantemente con i reparti ospedalieri per gli aggiornamenti sui flussi dei posti letto, anche ad integrazione del cruscotto;
- definisce misure ordinarie per il rispetto delle disponibilità di letti da parte delle Strutture verso il PS/PPI (letti aggiunti, letti in appoggio, blocco selettivo dei ricoveri programmati, ecc.);

- definisce le misure organizzative straordinarie che l’Azienda deve adottare per far fronte ai periodi di maggior carico dei ricoveri urgenti (iper-afflusso, emergenza epidemiologiche stagionali o contingenti, ecc.), in modo da allocare nelle aree/reparti di degenza i pazienti che sono in attesa di ricovero presso la Struttura di PS, OBI, Medicina d’Urgenza/ Degenza Breve;
- elabora strategie atte a diffondere all’interno dell’ospedale la cultura del posto letto come risorsa preziosa, da utilizzare con alta efficienza;
- propone ed eventualmente collabora all’attivazione della “discharge room” per la quale si rimanda a successive determinazioni;
- valuta, attraverso l’utilizzo di appropriati indicatori di processo, il livello di efficienza e di efficacia degli interventi messi in atto;
- interviene direttamente o indirettamente in caso di non aderenza al regolamento, attivando misure correttive e/o integrative, sottraendo questa incombenza ai medici e/o infermieri di PS/PPI;
- supporta la Direzione Sanitaria e di Presidio nella definizione di strategie atte a coinvolgere le risorse Territoriali ASL per ridurre gli accessi ospedalieri, in particolare quelli di Pronto Soccorso, e per favorire un precoce rientro in famiglia o in strutture protette dei pazienti ricoverati (RSA);
- nel caso il T.O. del reparto di assegnazione risulti essere **>95 % (soglia di pericolo)** definisce, in accordo con il Direttore della struttura, i criteri atti a individuare i pazienti che hanno superato la fase acuta e provvede all’organizzazione del trasferimento, ove possibile, degli stessi presso altri reparti dell’area ospedaliera non congestionati o presso reparti post acuti e/o riabilitativi Ospedalieri o Territoriali.

6.2. PROTOCOLLO COMPORTAMENTALE GENERALE PER I REPARTI DI DEGENZA

Tutti i reparti di degenza devono garantire la presa in carico tempestiva dei ricoveri di competenza adottando le misure organizzative del caso, in primis il governo puntuale e continuo delle dimissioni ed il controllo sistematico degli indicatori di attività, al fine di rendere disponibile giornalmente la dotazione di posti letto liberi in base al fabbisogno medio del periodo.

Tutte le strutture di degenza sono inserite nel percorso di gestione del paziente, ognuna per sua caratteristica e conformemente alla tipologia ed alla frequenza di domanda.

Il reparto o l’equipe deve porre assoluta attenzione nella co-gestione del percorso, facilitando la fruizione di prestazioni e snellendo i tempi di ricovero, in particolare:

- I reparti si impegnano a garantire la disponibilità di posti letto per il Pronto Soccorso così come definito nel presente Regolamento (vedi 6.3);
- i casi di dimissione difficile devono essere documentati devono essere comunicati a servizio UVMO e la documentazione conservata agli atti del servizio medesimo. in casi eccezionali in cui il numero di posti letto disponibili risulti inferiore a

quello stabilito dal presente Regolamento (vedi punto 6.2.1), il Responsabile della struttura o suo delegato avvisa del problema il Responsabile del Pronto Soccorso ed il Bed Manager, tempestivamente e comunque entro le ore 10.00;

- i reparti devono garantire tutti i ricoveri di competenza adottando le misure organizzative del caso, in primis il governo puntuale e continuo delle dimissioni ed il controllo sistematico degli indicatori di attività al fine di rendere disponibile giornalmente la dotazione di posti letto liberi in base al fabbisogno medio del periodo;
- in condizioni di eccessivo affollamento del reparto devono essere programmate e/o messe in atto idonee azioni organizzative sia preventive sia estemporanee (es. trasferimento pazienti stabilizzati presso altro reparto, altra struttura assistenziale territoriale o aziendale), finalizzate a ridurre la criticità, in collaborazione con il Bed Manager;
- in caso di presa in carico fuori reparto effettuare, di regola, il trasferimento nel reparto ospitante di un paziente stabilizzato e a minore complessità clinico-assistenziale, accettando il ricovero da PS nel reparto di competenza;
- in caso di pazienti ricoverati fuori reparto e già stabilizzati, la possibilità di rientro nel reparto di assegnazione è subordinata alle valutazioni del Direttore della Struttura di competenza nosologica in accordo con il BM in merito alla necessità di ricovero direttamente da PS di pazienti acuti da stabilizzare, nosologicamente attribuibili al reparto stesso;
- fatta salva la dimostrabile e certificabile assenza di risorsa idonea al ricovero, qualsiasi comunicazione di non disponibilità ad accogliere il paziente da parte del reparto non è prevista, né accettabile sul piano etico-deontologico e giuridico. In proposito si rammenta che, fatta salva la dimostrabile e certificabile assenza di risorsa idonea, il rifiuto al ricovero per mancanza di posti letto rappresenta un illecito che può, al limite, configurare una omissione di atti d'ufficio (art. 328 C.P.) o un'interruzione di servizio di pubblica necessità (art. 340 C.P.). Con apposita procedura si provvederà a recepire le direttive di Alisa in merito alla necessità che il reparto accettante prenda in carico il paziente che deve essere ricoverato, entro le 8 ore dalla valutazione, indipendentemente dalla temporanea indisponibilità del posto letto.
- definire giornalmente il piano delle dimissioni entro le ore 10.00 e comunicarlo al PS/PPI, al B.M. anche con aggiornamento tempestivo del cruscotto appena disponibile;
- effettuare almeno il 90% delle dimissioni dei pazienti in una fascia oraria idonea a consentire le nuove ammissioni, ossia entro le ore 12.00 del mattino di tutti i giorni della settimana, compresi sabato e domenica;
- ove possibile e compatibile con le dinamiche organizzative Covid-19 correlate, i pazienti autosufficienti dimessi con già avvenuta consegna della lettera di dimissione per il Curante e registrazione nella SDO dell'ora della dimissione, potranno essere ospitati presso le sale d'attesa di reparto il minimo tempo necessario, in attesa di essere accompagnati al di fuori della struttura ospedaliera (ad es. attesa di un parente); la valutazione di opportunità, appropriatezza e sicurezza della sistemazione spetta al dirigente medico dimettente.

6.2.1 Ricoveri in Area Medica

Il ricovero in elezione avviene molto raramente e viene riservato solo a pazienti, già ricoverati o seguiti ambulatorialmente o in DSA, che devono sottoporsi ad accertamenti/trattamenti oncologici (vedi protocollo aziendale) o a procedure invasive e comunque non trattabili da esterni.

Un Internista (Case Manager) si dedica ogni giorno a visitare i pazienti esterni a carico dell'area medica, modulando gli ingressi dei malati di pertinenza internistica in base alla situazione di maggiore o minore sovraffollamento dell'OBI, oltre che in base alla gravità del caso clinico e alla non rapida dimissibilità.

6.3. TURN OVER DEI POSTI LETTO

I reparti di degenza devono definire giornalmente il piano delle dimissioni entro le ore 10.00 e comunicarlo al PS/PPI e al Bed Manager; devono effettuare almeno l'80% delle dimissioni dei pazienti in una fascia oraria idonea a consentire le nuove ammissioni, ossia entro le ore 11.00 del mattino di tutti i giorni della settimana, compresi sabato e domenica.

I letti che devono essere resi disponibili quotidianamente per le strutture dell'emergenza del Presidio, sulla base delle indicazioni desunte dagli Standard di Efficienza Operativa, Capacità Produttiva dei singoli reparti e Standard Quotidiano di posti letto, risultano pari ad un fabbisogno medio del 5% per le divisioni chirurgiche e del 6% per le divisioni di area medica e specialità mediche

In condizioni di eccessivo affollamento del reparto devono essere programmate e/o messe in atto idonee azioni organizzative sia preventive sia estemporanee (es. trasferimento pazienti stabilizzati presso altro reparto), finalizzate a ridurre la criticità, in collaborazione con il Bed Manager.

In caso di pazienti ricoverati fuori reparto e già stabilizzati, la possibilità di rientro nel reparto di assegnazione è subordinata alle valutazioni del Bed Manager in merito alla richiesta di ricovero direttamente da PS di pazienti acuti da stabilizzare, nosologicamente attribuibili al reparto stesso.

6.4 REPARTO DI COMPETENZA NOSOLOGICA E REPARTO DI APPOGGIO

L'iter di Pronto Soccorso si configura come il percorso successivo all'accoglienza del paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito.

Come indicato da A.Li.Sa. in presenza di grave carenza di posti letto nel reparto di competenza, può essere valutata la possibilità di ricoverare il paziente in "appoggio"

su letti di aree che hanno una diversa competenza (ad esempio paziente di area medica, in appoggio su letti chirurgici).

Al bed Manager spetterà il compito di valutare il corretto flusso di pazienti, per garantire il giusto bilanciamento delle diverse discipline, in modo che pazienti di una determinata area non restino privi della possibilità di ricovero a causa degli appoggi di pazienti di pertinenza di altre specialità, nel rispetto delle procedure Aziendali di gestione dei posti letto da dedicare all'urgenza.

In caso di assenza di posti letto nel reparto di competenza nosologica, un paziente potrà essere ricoverato dal Medico di PS in un altro reparto in appoggio ricordando che sarà assolutamente indispensabile, al momento del trasferimento dall'OBI o dalla Saletta di PS/PPI, per il medico di PS/PPI:

- informare e condividere l'invio del paziente per ricovero fuori reparto con il Medico del reparto di competenza nosologica;
- registrare sul verbale di accettazione del PS/PPI il reparto di destinazione ed il nominativo del soggetto ricevente la comunicazione inerente il trasferimento;
- predisporre la scheda unica di terapia debitamente compilata ed eventuali indicazioni clinico/assistenziali per il reparto ricevente;
- nelle ore notturne, nei pomeriggi e nei giorni festivi e prefestivi dovrà essere avvisato il medico di guardia interdivisionale ove attivo;
- raccomandare al Personale dei reparti assistenziali di "appoggio" di avvisare tempestivamente, e comunque in caso di ricovero notturno, all'inizio del turno mattutino, il reparto di competenza/pertinenza nosologica se nella notte è stato ricoverato un paziente non ancora visitato da un Medico del reparto di competenza, riportando apposita registrazione.
- nelle ore intercorrenti tra l'avvenuto ricovero nel reparto in appoggio nelle ore notturne e la presa in carico del reparto di competenza nosologica la mattina successiva, la competenza clinica, ove non presente in guardia attiva lo specialista di riferimento, è posta in capo al medico di guardia interdivisionale.
- Per pazienti affetti da patologie psichiatriche e/o ostetriche di norma sono esclusi gli appoggi fuori reparto. Eventuali specifiche circostanze dovranno essere condivise con lo specialista di riferimento e con la DMO e riguardare situazioni assolutamente non governabili nelle sedi di afferenza (es. PZ COVID positivi con insufficienza respiratoria grave). In ogni caso la responsabilità ultima è affidata allo specialista competente nosologicamente.

6.5 PERCORSO FACILITATO DI TRANSITO CLINICO-ASSISTENZIALE DI PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO ALLE STRUTTURE DI DEGENZA

I ricoveri ospedalieri effettuati per problemi clinici che si potrebbero affrontare, con pari efficacia, minor rischio di iatrogenesi e maggiore economicità nell'impiego delle risorse, ad un livello di assistenza meno intensivo, vengono definiti inappropriati dal punto di vista organizzativo.

L'organizzazione sanitaria è dunque chiamata ad evolversi in base al cambiamento della domanda, in maniera da garantire la necessaria flessibilità organizzativa per offrire un'assistenza che garantisca la massima appropriatezza clinica ed organizzativa unitamente alla migliore efficacia, efficienza e sicurezza per i pazienti ricoverati avendo a riferimento la centralità della persona con i propri bisogni.

L'esito dell'iter di PS può essere costituito da:

- Dimissione a domicilio
- Ammissione in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.);
- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della cartella clinica;
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti con l'attivazione della relativa procedura;
- Invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il *follow up* presso strutture ambulatoriali, per alcune specialità come, ad esempio, la psichiatria o la diabetologia.

Per una corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che accedono al P.S. si raccomanda un tempo non superiore alle 8 ore dalla prima valutazione al triage, anche nel caso di presentazioni cliniche complesse, in aderenza a quanto evidenziato nella letteratura internazionale.

6.5.1 Protocollo comportamentale per il pronto soccorso

Il Pronto Soccorso ed i Punti di Primo Intervento fanno parte del Dipartimento di Emergenza-Accettazione (DEA). Obiettivo principale del DEA è assicurare un'assistenza tempestiva ed efficace al paziente in caso di emergenza-urgenza, sul territorio come in Ospedale. Questo avviene attraverso percorsi assistenziali integrati fra tutte le componenti del POU. L'impiego coordinato e sinergico delle professionalità è volto ad ottenere la migliore valutazione, stabilizzazione delle funzioni vitali e terapia possibili.

Le componenti del sistema, dalle funzioni differenziate fra loro, sono:

- La Centrale Operativa 118-dotata di numero di accesso breve ed unico, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario e che coordina gli interventi sul territorio.
- I Punti di Primo Intervento, postazioni sanitarie atte a garantire una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza.
- Il Pronto Soccorso dell'Ospedale Villa Scassi, DEA di primo livello, che svolge attività di accettazione e trattamento per tutti i pazienti che vi accedono autonomamente o trasportati dalle autoambulanze del 118.

Valutata la necessità di ricovero, il medico del Pronto Soccorso:

- individua il reparto di competenza e procede al trasferimento del paziente attivando la necessaria comunicazione al reparto di afferenza;
- in assenza di posti letto nel reparto nosologicamente competente, provvede a:
 - individuare un posto letto libero presso altro reparto di degenza riportando traccia delle chiamate telefoniche effettuate sul verbale di PS e procedere al trasferimento del paziente concordandolo con il reparto accettante (vedi 6.4);
 - trattenere ed assistere il paziente in PS, in attesa che il posto letto nel reparto di competenza si renda disponibile;
- nel caso uno o più reparti denunciino preventivamente una mancanza di disponibilità dei letti programmati, o in caso di necessità eccezionali di avere a disposizione più posti letto di quanti ne sono stati programmati, si confronta con il Team di Bed Management per concordare le azioni correttive del caso.

6.5.2 Protocollo comportamentale per l'OBI

L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) è una pratica già introdotta da tempo nelle procedure di Pronto Soccorso anche se va sottolineato che spesso cause contingenti, quali il timore di implicazioni medico legali e la carenza di strutture di accoglienza adeguate trovino, talora, una soluzione inappropriata nel ricovero in OBI.

Il termine intensiva va solo inteso come espressione della necessità di una diagnostica e di una assistenza nelle 24 ore con caratteristiche di intensità e urgenza analoghe a quelle del Pronto Soccorso.

Il paziente viene inviato dal Pronto Soccorso in OBI per un periodo di osservazione e monitoraggio orientato a valutare l'evoluzione del quadro clinico, completando gli accertamenti necessari ove richiesto e possibile.

L'obiettivo è quello di ridurre i ricoveri impropri nei reparti di degenza ed evitare le dimissioni troppo precoci dal Pronto Soccorso, garantendo al paziente una maggior sicurezza e l'esecuzione di protocolli diagnostici verificati e normalizzati.

Il tempo di permanenza nella Struttura è compreso di norma nelle 36 ore. L'80% dei pazienti afferenti al PS dovrebbe essere dimesso.

6.5.2.1 Indicazioni all'OBI per patologia

Criteri di non ammissione in OBI

Costituiscono criteri di NON ammissibilità in OBI:

- l'instabilità dei parametri vitali;
- il rischio infettivo;
- l'agitazione psicomotoria con comportamenti lesivi per sé o per gli altri;
- le condizioni che richiedono ricovero in urgenza;
- i ricoveri programmati;

- tutte le attività e/o prestazioni erogabili in altre modalità assistenziali (ambulatorio, DH).

L'O.B.I. non deve essere utilizzata come supporto per la gestione di:

- ricoveri programmati;
- attività eseguibili in regime ambulatoriale o di day hospital;
- carenza di posti letto in altre unità operative, in attesa del ricovero del paziente;
- pazienti già destinati a dimissione dopo la valutazione in Pronto Soccorso.

Modalità di dimissione da OBI:

Come per la dimissione da pronto soccorso, deve essere attivata presa in carico diretta del paziente dai servizi territoriali (assistenza domiciliare, presa in carico ambulatoriale/DH, inserimento in strutture riabilitative) come già avviene in P.S..

Processo di OBI riassunto in tabella 4

Tabella 1 – Processo OBI (fonte A.Li.Sa nota Prot. n. 0183654 del 13/12/2021)

FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI
O.B.I.	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (follow up)	Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI Massimo 44 ore dalla presa in carico al triage
	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	

6.6 TEMPO DI BORDING

È un indicatore della capacità recettiva dei ricoveri nei reparti di destinazione, la cui inefficienza conduce alla “cattiva pratica” di tenere pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o giorni per la mancanza di posti letto; rappresenta la causa primaria del sovraffollamento del Pronto Soccorso. Le conseguenze del boarding sono:

- per i pazienti: aumento della morbilità, della lunghezza del ricovero, della mortalità e aumento della sofferenza di quelli che aspettano distesi sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o anche giorni;
- per gli operatori: aumento dello stress e burn out, diminuzione della capacità di rispondere alle emergenze e ai disastri;
- per il sistema: la diversione o il blocco delle ambulanze, l'aumento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.

Il team del Bed Management ha il compito di monitorare l'andamento del fenomeno ed intervenire prontamente per l'adozione delle misure necessarie al contenimento del tempo di boarding.

6.7 STANDARD DI EFFICIENZA OPERATIVA E PRODUTTIVA

Tutti i reparti devono garantire il rispetto degli indicatori di performance allegati alle schede di budget sottoscritti annualmente.

6.8 CRUSCOTTO DEGLI INDICATORI DI SOVRAFFOLLAMENTO

Tutti i reparti di degenza dovranno garantire l'aggiornamento informatico tempestivo del programma di accettazione ospedaliera dei ricoveri SIVIS per consentire l'adeguamento in tempo reale dell'attuale cruscotto dati.

Il sistema informativo, di concerto con il Bed Manager e la DMPO, su direttiva di Alisa, provvederà alla definizione di un ulteriore cruscotto di posti letto aziendale da cui desumere in tempo reale la disponibilità dei posti letto delle diverse unità operative unitamente all'integrazione con i piani di lavoro prospettici delle diverse unità operative.

Tutti i reparti dovranno assicurare l'utilizzo dei cruscotti, come nel seguito esplicitati, secondo competenza, non appena operativi.

6.8.1 Cruscotto analitico

Il monitoraggio attento dei parametri è uno strumento a supporto dell'attività di bed management per la gestione e il monitoraggio della risorsa posto letto, con particolare attenzione al flusso di pazienti, all'appropriatezza dei ricoveri e dell'attività assistenziale.

La conoscenza in tempo reale degli indicatori ha lo scopo di individuare delle soglie di criticità che devono essere definite per ogni Pronto Soccorso. Il raggiungimento di tali soglie comporterà delle azioni di risposta in relazione ad attivazione di risorse aggiuntive per il Pronto Soccorso, adeguamento del sistema ospedale, interventi sulla rete dei servizi.

Indicatori di sovraffollamento

Le modalità di misurazione devono essere uniformi in tutti i Pronto Soccorso e basarsi su indicatori statici e dinamici, la cui rilevazione deve essere effettuata in modo puntuale ed in tempo reale nelle 24 ore e consultabile a livello regionale. (es: rete 118) E' previsto un ulteriore sviluppo rappresentato dall'utilizzo di score specifici che siano in grado di fotografare il livello corrente di sovraffollamento.

Indicatori statici:

- Numero di letti/barelle/box presidiati in PS
- Numero di posti letto ospedalieri accessibili al PS e numero totale di posti letto suddivisi per reparto

Indicatori dinamici di impegno del sistema:

- Numero complessivo di pazienti in carico al PS
- Numero di pazienti critici in PS
- Numero di pazienti in attesa di visita in PS con riferimento ai codici di priorità
- Numero di pazienti in attesa di ricovero

Indicatori dinamici temporali:

- Tempo di attesa massimo per la prima visita
- Tempo di attesa massimo al ricovero (tempo che intercorre tra la decisione di ricoverare il paziente e tempo di effettivo ricovero)

Gli indicatori consentono di identificare scostamenti significativi dalla distribuzione media dei dodici mesi precedenti (ad esempio oltre il 90° e 95° percentile) e conseguentemente permettono di stabilire diverse soglie di criticità predefinite che necessitano di una diversa risposta organizzativa delle singole aziende.

Ulteriori dati da acquisire sul cruscotto informatico sono:

- totale dei posti letto presenti in ogni reparto
- posti letto disponibili da aggiornare alle ore 8-12-16-21
- dimissioni previste nella giornata e orario entro il quale sarà disponibile il posto letto
- tempo di degenza attuale del reparto, in particolare va specificata la data di ingresso in reparto del singolo paziente

6.8.2 Cruscotto sintetico

Il cruscotto sintetico regionale consentirà la valutazione della situazione di sovraffollamento nei PS liguri e la capacità ricettiva dei reparti ospedalieri.

Gli indicatori previsti sono:

- Numero di posti letto ospedalieri
- Numero di barelle/postazioni con monitor/postazioni OBI in PS
- Degenza attuale del reparto (data di ingresso in reparto dei pazienti)

- Dimissioni previste nella giornata
- Posti letto liberi
- Numero di pazienti in attesa suddivisi per codice colore
- Numero di pazienti in trattamento suddivisi per codice colore
- Numero di pazienti pronti per ricovero/trasferimento/OBI

6.9 STANDARD QUOTIDIANO DI POSTI LETTO PER IL PS/PPI

La definizione dello standard quotidiano di posti letto per il PS/PPI viene estrapolata dall'analisi dei dati storici e delle criticità attuali inerenti il fabbisogno delle strutture dell'emergenza aziendali di posti letto in reparti per acuti del Presidio Ospedaliero Unico.

In particolare sulla base delle indicazioni desunte dagli Standard di Efficienza Operativa, Capacità Produttiva dei singoli reparti e Standard Quotidiano di posti letto, risulta, un **fabbisogno medio pari al 5 % per le divisioni chirurgiche e al 6% per le divisioni internistiche**. Tali letti dovranno essere resi disponibili quotidianamente per le strutture dell'emergenza del Presidio.

Tutti i reparti devono garantire il rispetto quotidiano di tale indicazione numerica, con approssimazione per eccesso, dei letti da rendere disponibili per il PS.

6.9.2 DISPONIBILITA' DI LETTI - MISURE STRAORDINARIE

In relazione alla domanda di ricovero particolarmente rilevante, al fine di garantire la massima disponibilità di posti letto destinati all'emergenza, potrà essere disposto, dalla DMPO e dalle DMO, **il blocco parziale o totale dei ricoveri programmati** tanto nelle divisioni internistiche degli Ospedali P.A. Micone, Gallino e Villa Scassi quanto nelle divisioni Chirurgiche, con occupazione dei posti letto di DS e DH eventualmente presenti nelle SS.CC..

Di norma risultano esentati dal blocco dei ricoveri le seguenti strutture:

1. le SS.CC. di Terapia Intensiva degli Ospedali Villa Scassi;
2. i reparti di UTIC degli Ospedali di Villa Scassi e PA Micone
3. la S.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Villa Scassi (quest'ultima limitatamente alle necessità di posti letto correlate alle interruzioni volontarie di gravidanza);
4. la S.C. Pneumologia dell'Ospedale Villa Scassi, limitatamente alle attività correlate alla Pneumologia interventistica;
5. le aree chirurgiche limitatamente ai ricoveri di pazienti tumorali o urgenti (es. aneurismi)
6. la S.S. di Day, One Day e Week Surgery dell'Ospedale Gallino;
7. le degenze ad indirizzo riabilitativo;

8. il servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale Villa Scassi.

Il blocco parziale riguarderà soprattutto le divisioni chirurgiche secondo le seguenti modalità:

1. Non saranno consentiti ricoveri in elezione nelle giornate di lunedì e venerdì e nelle giornate pre-festive.
2. Il ricovero in elezione potrà avvenire esclusivamente per il 50% dei posti letto liberatisi nelle giornate di sabato, domenica, martedì, mercoledì e giovedì; in caso di unicità la priorità sarà del Pronto Soccorso.
3. In corso di blocco dei ricoveri parziale, potranno essere effettuati esclusivamente ricoveri elettivi di pazienti interventi chirurgici di classe A

Eventuali esenzioni verranno esplicitate nelle singole disposizioni di blocco parziale dei ricoveri.

Situazione di estrema gravità verranno gestite, in accordo con la Direzione Sanitaria, prendendo in considerazione anche il blocco dell'attività della S.S. di Day, One Day e Week Surgery dell'Ospedale Gallino e P.A. Micone.

Il blocco totale comporterà la cessazione completa dell'attività elettiva ed eventuali ricoveri potranno avvenire dietro esplicita deroga della DMPO o DMO di riferimento per casi che presentino situazioni di urgenza inderogabile e per le quali dovrà essere formulata istanza dettagliatamente motivata.

6.10 GRUPPO AZIENDALE DI VERIFICA PERIODICA

Per la verifica dell'andamento e del rispetto dei percorsi stabiliti dal presente Regolamento Operativo viene istituito un Gruppo Aziendale di verifica periodica composto da:

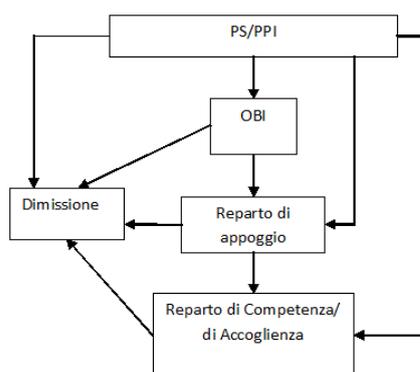
1. Direttore Sanitario
2. Direttore Medico Presidio Ospedaliero
3. Bed Manager
4. Direttore di Dipartimento Emergenza e Accettazione
5. Direttore del Pronto Soccorso
6. Direttore SPP
7. Coordinatore Infermieristico del Team di Bed Management
8. Direttore di Distretto Socio Sanitario
9. Responsabile S.S.D. Assistenza Geriatrica Territoriale

6.11 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE GENERALI

1. Il Dirigente Medico del PS/OBI identifica i bisogni sanitari, pianifica l'inizio del processo di cura e contatta i reparti competenti nosologicamente.

2. L'eventuale invio in OBI deve essere finalizzato ad un periodo di osservazione e monitoraggio orientato a valutare l'evoluzione del quadro clinico, completando gli accertamenti necessari ove richiesto e possibile. Il tempo di permanenza nella Struttura è compreso di norma nelle 36 ore. L'80% dei pazienti dovrebbe essere dimesso. L'obiettivo è quello di ridurre i ricoveri impropri nei reparti di degenza, assicurare il rispetto dei tempi di degenza in relazione ai protocolli diagnostici e terapeutici in uso, garantendo al paziente una maggior sicurezza e l'esecuzione di protocolli diagnostici verificati e normalizzati.
3. Il Case Manager della Medicina Generale regola i trasferimenti dai reparti in base alla situazione di maggiore o minore sovraffollamento dell'OBI, tenendo conto della gravità del caso clinico e della non rapida dimissibilità, in accordo con i colleghi del PS/OBI e con il Bed Manager.
4. Al fine di ridurre i ricoveri impropri l'equipe composta da un Assistente Sociale e/o assistente sanitario e, se del caso, Psicologo; tale equipe garantisce la sua presenza in Pronto Soccorso per individuare precocemente casi con problematiche prevalentemente sociali risolvibili senza la necessità di ricovero.
5. In caso di necessità di ricovero, se non disponibile un posto letto nel reparto nosologicamente competente individua il reparto di appoggio più idoneo attivandone il percorso, ove necessario.
6. La sicurezza e l'appropriatezza delle cure per i pazienti è prioritaria e di indirizzo nella scelta del reparto di ricovero più indicato.

6.12 DIAGRAMMA DI FLUSSO DEI RICOVERI DA PS



7 RESPONSABILITÀ

Il Bed Manager ha la responsabilità di applicare il presente regolamento e assicurare la correttezza procedurale delle azioni ivi contenute; ha la responsabilità di coordinare le funzioni del Team di B.M..

Tutti i Direttori e Coordinatori delle Strutture Ospedaliere e Territoriali sono responsabili del recepimento e della corretta applicazione del presente Regolamento nelle proprie strutture.

L'attuazione delle disposizioni derivanti dall'adozione del Regolamento è a carico di tutto il Personale medico e infermieristico di assistenza e cura.

8 ACCESSIBILITÀ

La presente istruzione di lavoro è disponibile sul sito intranet asl3/area procedure/istruzioni di lavoro.

9 PARAMETRI DI CONTROLLO

Tra gli indicatori da utilizzare possono essere proposti i seguenti:

- durata della degenza media e del tasso di occupazione specifici per reparto;
- tasso di occupazione p.l. per SC > 95%;
- n° delle giornate oltre soglia;
- n° ricoveri in reparti non di competenza (in appoggio);
- n° dei ricoveri ripetuti;
- n° dei ricoveri protratti;
- n° pazienti dimessi oltre le ore 11.00;
- tempo di boarding;
- n° pazienti dimessi sabato, domenica e lunedì.

10 GRUPPO DI LAVORO

Dott.ssa Marta Caltabellotta Direttore Sanitario.
Dott.ssa Bruna Rebagliati Direttore Medico POU.
Dott. Gerolamo Bianchi Direttore Dipartimento Specialità Mediche
Dott.ssa Anna Maria Gatti Direttore Dipartimento Medico
Dott. Felice Scasso Direttore Dipartimento Chirurgico
Dott. Claudio Simonassi Direttore DEA
Dott. Guido Di Vito Direttore S.C. Governo Clinico e organizzazione Sanitaria
Dott.ssa Anna Maria Libera De Mite Responsabile D.M.O. Ospedale P.A. Micone
Dott.ssa Pamela Morelli Responsabile D.M.O. Ospedale Villa Scassi
Dott.ssa Michela Re D.M.O. Ospedale Villa Scassi
Dott.ssa Silvia Reggiani Bed Manager incaricato
Dott. Alessandro Rollero Direttore S.C. Medicina d'Urgenza.
Dott. Carmelo Gagliano Dirigente Professioni Sanitarie.
Dott.ssa Barbara Brocco Referente Qualità POU.
Dott.ssa Claudia Marchese Assistente Sanitaria UVGO.
Dott.ssa Luisa Pareto Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Dott.ssa Maria Teresa Petrosillo Assistente Sociale Ospedale Villa Scassi