

Dal team accoglienza al bed management ospedaliero

From admission team to hospital bed management

Angelo Pochini¹

Elisa Augellone²

Rosanna Enei²

Laura Gaetani²

Simona Paolucci²

Diana Ursumando²

Lucia Mitello³

RIASSUNTO

La riduzione dei posti letto negli ospedali laziali, ha ri-disegnato il concetto di servizio sanitario ospedaliero regionale, riconoscendo l'ospedale il solo luogo dove recarsi per curare le malattie acute ed urgenti. L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, nel rispetto del piano sanitario regionale, del piano di rientro e della riqualificazione della rete ospedaliera, ha avuto una significativa riduzione di posti letto e ciò, ha comportato una riorganizzazione interna. La Direzione Aziendale per dare una risposta soddisfacente all'utenza, ha dato inizio nel febbraio del 2008 ad un progetto, oggi servizio, con l'istituzione di un gruppo di coordinatori infermieristici, con lo specifico mandato di razionalizzare ed ottimizzare i posti letto dedicati all'emergenza-urgenza.

Questo gruppo denominato "Team Accoglienza" è formato da caposala esperti, che conoscono il funzionamento dell'intero ospedale. Il team collabora, quotidianamente, con il personale medico ed infermieristico del Pronto Soccorso, per la definizione del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale più idoneo al malato. Il progetto è stato sviluppato applicando la metodologia: del Percorso di Massima di Riferimento e l'Analisi Sistemica. Negli anni questo servizio ha contribuito: al miglioramento di alcuni indicatori sistemici di attività, di alcune Unità Operative ed alla formazione di personale sanitario di direzione. Nel 2009 la Giunta Regionale del Lazio ha riconosciuto tale progetto come strategico all'interno delle organizzazioni ospedaliere pubbliche e private.

Parole Chiave: Bed Manager, ricovero, ottimizzatore.

ABSTRACT

Reduction on number of hospital beds i.e. on patients' admission among hospitals in Lazio has lead to a reformulation of health service framework within Lazio indentifying hospital as the only place to go to treat acute and urgent diseases.

San Camillo-Forlanini, the largest hospital in Rome, according to the regional health plan, the recovery plan and the redevelopment of network hospital has had a significant reduction of hospital beds leading, as consequence, to the need of an internal reorganization.

In order to correctly address this issue, the management of the Hospital started in February 2008 a project, setting up a group made up by nursing coordinators which had as a main aim to manage the number of hospital beds needed for emergencies.

This group has been called "Admission Team" and nurses within the group are familiar with hospital policies and organization. The team collaborates daily with physicians and nurses in emergency room, in order to decide the most appropriate health care protocol for each patient. The project follows a specific methodology i.e. Systemic Analysis. Over the years this project has contributed to the improvement to a number of indicators and more generally to the health care within the hospital together with the enhancement of education of new managerial roles among health professional. In 2009, the Regional Council of Lazio has recognized this project as strategic within private and public hospitals.

Keywords: Bed Management, admission, hospital policy

INTRODUZIONE

Efficienza dei servizi, integrazione delle prestazioni sanitarie, ma soprattutto risparmiare sembrano essere le azioni principali della riforma sanitaria nella Regione Lazio che, non caratterizzandosi solo dal un punto di vista strutturale e sociale, vuole essere una rivoluzione soprattutto di tipo culturale.

Il continuo ed eccessivo ricorso a prestazioni sanitarie di tipo ospedaliere, sembra essere il risultato di un inappropriato servizio territoriale da parte della Medicina di Base. Il Piano Sanitario Regionale, vuole dunque ridistribuire le competenze, secondo linee di attività più appropriate, dal punto di vista di risorse: strumentali, umane ed economiche. La riduzione dei posti letto nelle strutture ospedaliere, ha inevitabilmente ri-disegnato il concetto di "sanità ospedaliera", riconducendo al servizio sanitario territoriale quelle prestazioni di minor peso. Il nuovo Piano Sanitario Regionale ha iniziato ad essere operativo, ancor prima che fossero realizzati, sul

1 DDSI, Dott., Coord. Infermieristico Az. Osp.San Camillo-Forlanini di Roma.

Corrispondenza: apochini@scamilloforlanini.rm.it

2 Coordinatore Infermieristico Az. Osp. San Camillo-Forlanini di Roma.

3 DAI, Dott.ssa, Direttore DITRO Az. Osp.San Camillo-Forlanini di Roma.

territorio, tutti quei presidi sanitari capaci di rispondere alle esigenze della popolazione laziale. In questa situazione di transizione, ancora oggi, assistiamo a situazioni di sovraffollamento nei Pronto Soccorsi. Il cambiamento culturale, è infatti, ancora in fase embrionale. Il ricorso al ricovero ospedaliero è per molti la principale risposta alla situazione malattia/disagio, per ricevere prestazioni gratuite e/o per allocare familiari affetti da malattie cronico-degenerative. Con la razionalizzazione dei posti letto ospedalieri, un importante “filtro” viene quindi svolto dal Pronto Soccorso. L’Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, è organizzata con tre tipologie di Pronto Soccorso: medico-chirurgico (adulti), ostetrico-ginecologico e pediatrico dislocati in aree diverse. La Direzione Aziendale nel febbraio del 2008, ha ideato e realizzato un progetto specifico per il Pronto Soccorso medico-chirurgico (adulti), nel quale un team di coordinatori infermieristici (tra i più esperti dell’azienda) in collaborazione con il medico coordinatore del Pronto Soccorso, traduce nel quotidiano, quanto disposto dalla stessa Regione Lazio, nella razionalizzazione ed ottimizzazione dei posti letto ospedalieri. Il gruppo di coordinatori infermieristici è in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale ed è ubicato, nel Pronto Soccorso (DEA di II livello), ed è denominato: “Team dell’Accoglienza” conosciuti anche con il soprannome di “ottimizzatori”. Scopo di questo elaborato è stato quello di descrivere il progetto aziendale ed il suo sviluppo, seguendo l’applicazione di metodologie di analisi e di organizzazione di sistemi complessi, come quelli ospedalieri, da una prospettiva di tipo infermieristica, propria del Servizio “Team dell’Accoglienza”. In tale contesto è stato considerato il ruolo del coordinatore infermieristico nell’appropriatezza di modelli organizzativi di Bed Management. I risultati presentati in questo studio, sono frutto di cinque anni di attività in considerazione delle numerose ri-organizzazioni interne all’ospedale ed esterne come quelle generate: dalla Rete di Emergenza Regionale, dai recenti criteri di accreditamento delle strutture sanitarie (riabilitazione, lungodegenza, hospice, ecc.) e dalla “ancora limitata” assistenziale sanitaria della Medicina di base (assistenza infermieristica domiciliare, dimissione protetta, ecc.).

IL PROGETTO AZIENDALE

La Premessa

Presso il nostro ospedale, come in molti altri ospedali sia italiani che esteri, è presente da qualche tempo il fenomeno del sovraffollamento del D.E.A. (Dipartimento Emergenza Accettazione). Nel corso del tempo la ricettività in termini di numero di posti letto si è andata via via riducendo in seguito allo sviluppo ed alla definizione di forme alternative al ricovero ordinario.

Al contrario, non si è sviluppata un’analoga capacità di “uscire facilmente” dall’ospedale sia per motivi di carattere sociale sia per la mancanza di strutture intermedie, territoriali o domiciliari, che potessero rispondere a tale esigenza. Suddetti elementi, insieme ai comportamenti clinico/ organizzativi ed all’intersecarsi delle attività d’urgenza con le attività programmate hanno determinato una relativamente costante difficoltà nel reperimento dei posti letto per i ricoveri da Pronto Soccorso in particolare per alcuni reparti dell’area medica, dell’area chirurgica, compresa l’ortopedia e l’urologia e di alcune pneumologie (si consideri che il 55% dei ricoveri da PS riguarda tali aree cliniche). Le aree specialistiche hanno percorsi “naturalmente” più ovvi e strutturati. La difficoltà nel reperimento dei posti letto nel nostro ospedale si manifesta sotto due dimensioni, una numerica (espressa dal numero di posti letto liberi) ed una temporale (espressa dal “da quando” e cioè in quale fascia oraria della giornata sono effettivamente fruibili). Ulteriore attenzione e riflessione deve essere rivolta alla tendenza a dimettere cinque giorni alla settimana contro la capacità e necessità di ricoverare sette giorni su sette. Altro elemento di analisi e di intervento riguarda il ruolo, la funzione ed i collegamenti della Medicina d’Urgenza e della Chirurgia d’Urgenza con le altre strutture di degenza interne ed esterne all’ospedale. Infine si tenterà di tradurre gli obiettivi di umanizzazione e di capacità di presa in carico dei pazienti attraverso percorsi clinico/assistenziali più strutturati e sistematici che prendano in considerazione il valore della persona in tutta la sua complessità e delle sue esigenze, senza perdere di vista la variabilità dei comportamenti clinico-assistenziali.

Gli obiettivi e gli aspetti metodologici del progetto aziendale

Visti gli elementi esplicitati nella premessa, si propone di costituire un gruppo di operatori (Coordinatori Infermieristici) che producano una rete di relazioni e di raccordo tra le Unità Operative di Pronto Soccorso, Medicina d’Urgenza, Chirurgia d’Urgenza, l’Unità Operative dell’area di Medicina Interna e Specialistica, dell’area Chirurgica Specialistica (Ortopedia, Urologia, etc.) e dell’area Pneumologica, Servizi Diagnostico ed altri strettamente collegati a questa fase del percorso del malato (ad esempio: il Servizio Trasporti interno) al fine di gestire l’ammissione dei malati nei reparti di degenza. Per tali ragioni è necessaria la conoscenza approfondita e capillare delle capacità ricettive dei reparti, degli eventuali percorsi alternativi al ricovero ordinario che le strutture aziendali sono in grado di offrire, permettendo in tal modo la totale presa in carico del malato. Le principali caratteristiche di questo gruppo di operatori sono:

- la conoscenza approfondita dell’ospedale (caratteristiche operative ed organizzative, tipologia

di servizi che l'ospedale offre e dei meccanismi di accessi ad essi);

- la conoscenza delle necessità e delle abitudini delle singole Unità Operative interessate;
- la conoscenza delle esigenze operative dei clinici al fine di garantire la massima integrazione tra percorsi urgenti e programmati e dunque tra pazienti in lista d'attesa e pazienti provenienti da Pronto Soccorso.

Gli obiettivi specifici:

- determinare una relazione stabile ed orientata alla missione con i direttori, i medici di guardia e i coordinatori infermieristici delle UU.OO. (unità operative) interessate;
- determinare una relazione stabile ed orientata alla missione con il direttore, i team leader medici e infermieristici del Pronto Soccorso e il coordinatore infermieristico;
- determinare una relazione stabile ed orientata alla missione con i Servizi diagnostici e gli specialisti – consulenti per l'eventuale facilitazione temporale dei processi;
- determinare una relazione stabile ed orientata alla missione con il direttore dello SLOT (Servizio Logistico Ospedaliero Trasporti) ed i suoi collaboratori per la ricerca della massima efficienza nei trasporti;
- conoscere dettagliatamente la situazione numerica e temporale dei pazienti dimessi dalle diverse UU.OO., contribuendo in tal modo alla facilitazione del processo di dimissione;
- conoscere la situazione dei pazienti dimissibili o potenzialmente tali, contribuendo alla ricerca di una soluzione percorribile in collaborazione con i dirigenti delle UU.OO. interessate o con il medico responsabile del caso clinico;
- mantenere e garantire il rispetto rigoroso del ruolo dei coordinatori infermieristici delle UU.OO. verso i quali ci si propone come risorsa e non come supplente;
- evitare l'uso dei letti aggiunti ed in presenza di letti "straordinari" assicurare il loro più razionale "riassorbimento";
- collaborare costantemente con i medici del Pronto Soccorso e con i team leader per garantire loro il costante e reale aggiornamento sulle possibilità di ricovero nelle diverse UU.OO., tenendo conto delle priorità cliniche e delle caratteristiche soggettive dei malati;
- collaborare costantemente con i medici ed il personale del Pronto Soccorso per il problem solving ordinario (ad esempio la consulenza o l'orientamento del malato in un servizio particolare come per esempio l'odontoiatria);
- collaborare costantemente con la Medicina

d'Urgenza per facilitare l'allocazione del malato trasferibile in altra Unità Operativa o attraverso lo SLOT;

- collaborare costantemente con la Chirurgia d'Urgenza per facilitare il trasferimento del malato non più dichiaratamente di natura chirurgica;
- facilitare il trasferimento dei malati nell'Unità Operativa più pertinente;
- collaborare alla ricerca di percorsi alternativi al ricovero ordinario, garantendo comunque la presa in carico del malato da parte dell'Unità Operativa o del servizio più appropriato;
- "accompagnare" il malato dal Pronto Soccorso al reparto o tra i reparti, colloquiando con lui e con i suoi familiari, garantendo il riconoscimento e l'accoglienza ed infine fornendo le informazioni utili al personale dell'Unità Operativa accettante;
- garantire che le risorse già impiegate in Pronto Soccorso non vengano duplicate o disperse (esempio: ripetizione di esami già eseguiti immediatamente prima presso il Pronto Soccorso, nelle UU.OO. subito dopo il ricovero);
- cercare di comprendere le cause e le tipologie di ritardo nell'effettuazione di una prestazione e di facilitare la rapida collocazione del malato all'interno del proprio percorso;
- mantenere strette relazioni con il servizio sociale aziendale per le materie di loro competenza;
- mantenere costantemente relazioni con la Direzione Sanitaria Aziendale;
- mantenere costantemente relazioni con i dipartimenti aziendali e con le direzioni sanitarie di presidio e con il responsabile aziendale del PEIMAF (Piano di Emergenza Interno Maxi-afflusso di Feriti);
- utilizzare, integrandole nelle proprie, le funzioni con il Centri Operativo fax di Pronto Soccorso come supporto operativo di comunicazione interna ed esterna continuativa;
- relazionare periodicamente alla Direzione Sanitaria, alle direzioni di presidio ed alla direzione della U.O.C. Infermieristica le attività svolte, i problemi presenti e le eventuali proposte migliorative dei processi interni;
- mantenere costantemente i contatti con i centri di lungodegenza ed RSA (residenze sanitarie per anziani).

Aspetti strutturali

Sono stati individuati otto coordinatori infermieristici la cui sede operativa è situata all'interno della Unità Operativa Semplice dell' Assistenza Infermieristica, Piano 1° del Padiglione Piastra, per il presidio San Camillo ed in ambiente analogo per il presidio Forlanini. Entrambe le sedi saranno dotate di supporti infor-

matici utili alla gestione in tempo reale delle informazioni possedute ed alla costruzione di un archivio e di reports necessari a migliorare continuamente la conoscenza dei flussi per singola area, per tipologia di problema dei malati all'interno dell'ospedale e dei flussi stagionali. A tal fine e per tutte le valutazioni tecniche sulle scelte informatiche è stato contattato il Dirigente del Servizio Informatico; le postazioni saranno dotate di fax e telefono dal numero facile (es.: 1111) affinché tutto l'ospedale possa accedere rapidamente, ogni operatore sarà dotato di cellulare aziendale (per qualsiasi chiamata). Sarà data massima diffusione all'istituzione di tale funzione e delle modalità di accesso ad essa ed agli operatori. Entro i prossimi giorni e comunque prima dell'avvio dell'attività sarà effettuato un incontro con gli operatori del centro operativo fax del Pronto Soccorso e con l'attuale responsabile per delineare ruoli e compiti all'interno di questa nuova funzione. Tali colleghi saranno alle dirette dipendenze della U.O.S. dell'Assistenza Infermieristica e delle Direzioni Sanitarie dei due Presidi Ospedalieri e sotto il coordinamento della posizione organizzativa (del DEA) all'interno dell'UOS Assistenza Infermieristica San Camillo e del Direttore UOS Servizio Infermieristico.

Aspetti organizzativi

L'attività dei coordinatori infermieristici si svolgerà inizialmente sette giorni su sette dalle ore 7.00 alle ore 20.00, con una reperibilità notturna per il Pronto Soccorso (a disposizione del Team Leader medico ed infermieristico), visto l'intenso flusso di pazienti nelle ore pomeridiane. Sarà necessario individuare, sin dalle prime ore del mattino, le possibili code in Pronto Soccorso derivate dagli accessi notturni e la situazione degli eventuali letti in soprannumero nei reparti. Successivamente, qualora dovessero verificarsi cambiamenti nelle esigenze, nelle abitudini interne e negli aspetti organizzativi si prenderanno in considerazione eventuali modifiche degli orari.

Aspetti Operativi

La posizione organizzativa dell'U.O.S. Assistenza Infermieristica congiuntamente ai coordinatori infermieristici individuati dovranno nei prossimi giorni predisporre:

- il turno di servizio;
- le presenze nelle diverse fasce orarie giornaliere e settimanali;
- i livelli di flessibilità nella presenza in Pronto Soccorso;
- la cadenza dei momenti d' incontro e confronto nell'arco dei diversi turni;
- le modalità per il passaggio delle consegne;
- le modalità giornaliere di analisi e discussione dei problemi e dei principali criteri decisionali;

- i tempi e le modalità di relazioni giornaliere con le Direzioni Sanitarie e con la UOC Infermieristica;
- la suddivisione delle aree dell'ospedale e la frequenza dei rapporti diretti giornalieri con le diverse unità operative, con i specifici direttori e con i coordinatori infermieristici;
- gli strumenti da utilizzare in attesa di quelli definitivi concordati con il Direttore del Servizio Informatico aziendale.

Al gruppo "posizione organizzativa e coordinatori" entro il primo mese di attività è dato mandato di scrivere il regolamento generale di tale funzione ed il manuale operativo relativo alle principali fasi del lavoro giornaliero ed alla integrazione con le attività del centro operativo fax del Pronto Soccorso.

Sistema di valutazione.

Si individuano indicatori di:

- struttura: sono espressi dalla formalizzazione degli standard di servizio, dal regolamento e dal manuale operativo entro un mese dall'inizio delle attività.
- esito: sono rappresentati da:
- riduzione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso;
- riduzione dei tempi di attesa per il ricovero in reparto;
- diminuzione dei DRG medici in Chirurgia d'Urgenza;
- riduzione del fenomeno dei letti aggiunti nelle UU.OO. interessate.

Dopo i primi tre mesi tali indicatori dovranno essere espressi, non solo in un trend, ma in numeri percentuali e integrati o modificati da altri valutati come via via più specifici. Sarà somministrato dopo il sesto mese un questionario per la valutazione da parte delle unità operative dei benefici ottenuti. In collaborazione con l'URP si potrà valutare il gradimento/soddisfazione da parte del malato attraverso strumenti ad hoc.

METODO E STRUMENTI

Il progetto che aveva come obiettivo principale quello di facilitare il percorso di ricovero urgente in ospedale è stato sviluppato in tre fasi, nelle quali è stato necessario seguire le indicazioni metodologiche del Percorso di Massima di Riferimento per la costruzione e la definizione di percorsi di ricovero standard e successivamente l'applicazione dell'Analisi Sistemica, come metodo di analisi di management infermieristico per una corretta individuazione dell'Unità Operativa. Le fasi del progetto sono state:

Fase 1: Il Processo di ricovero

- Il percorso effettivo
- Il percorso di riferimento
- Il percorso obiettivo in emergenza-urgenza

- L'analisi organizzativa delle Unità operative

Fase 2: La Presa in carico

- La matrice delle sei tappe di ricovero

Fase 3: La Continuità delle Cure

- La rete di collaborazione intra ed extra-ospedaliera

Fase 1 – Il Processo di Ricovero

Considerato che *il ricovero ospedaliero è il periodo di tempo che il paziente trascorre presso la struttura ospedaliera in regime di degenza, necessario per assicurargli le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie che richiedono interventi che non possono essere affrontati o risolti a domicilio*, per assicurare prestazioni adeguate e soddisfacenti, sono stati realizzati percorsi di ricovero standardizzati in varie aree di degenza:

- critica (es.: Medicina d'Urgenza, Chirurgia D'Urgenza, Medicina Critica, Cardiologia D'Urgenza, ecc.),
- medica specialistica (es.: Gastroenterologia, Epatologia, Nefrologia, Neurologia, Reumatologia, ecc.),
- chirurgica specialistica (es.: Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Toracica, ecc.),
- medica ordinaria (es.: Medicina 1, Medicina 2, Medicina 3, Geriatria, ecc.),
- terapia intensiva (es.: UTIC, Centro Shock e Trauma, Rianimazione 2, Malattie Polmonari, Neurochirurgica, ecc).

I percorsi di ricovero standard sono stati realizzati, seguendo le indicazioni della metodologia del Percorso di Massima di Riferimento, partendo dalla creazione del percorso effettivo inteso come l'iter concretamente seguito dall'organizzazione per dare risposta al problema di salute di un singolo paziente. Una volta chiaro, il "viaggio" (iter) del paziente all'interno dell'ospedale, tramite l'utilizzo di una matrice (griglia), è stato implementato con il percorso di riferimento inteso come la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute di una "tipologia" di paziente, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione. Come ultima fase della metodologia di percorso è stato definito il percorso obiettivo cioè la sequenza temporale e spaziale delle attività che si intendono far seguire ai pazienti che presentano un determinato problema di salute. Esso, in altre parole, è rappresentativo di "ciò che si potrebbe fare" e non, come nel caso del percorso di riferimento, di "ciò che si fa". Con il percorso obiettivo si è conclusa la costruzione della "mappa" di ricovero in ospedale, uno strumento di gestione che consentendo una visione di insieme, ha permesso di prevenire e garantire la continuità delle cure, soprattutto verso quei pazienti definiti complessi. La prima fase del progetto è stata poi completata con l'applicazione della metodologia dell'Analisi

Sistemica intesa come lo studio delle variabili di contesto, della struttura di base, dei meccanismi operativi e dei processi sociali di un'organizzazione per migliorarne il funzionamento e cercare di risolvere i problemi, nelle Unità Operative afferenti al Dipartimento di Emergenza. Questa metodologia specifica del Management Infermieristico, nella logica di razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse, ha permesso di considerare:

- i fattori di ingresso (il numero di posti letto, la tipologia di pazienti assistiti, la struttura, la destinazione dei locali, le risorse umane e materiali presenti, la tecnologia impiegata, gli stili di comportamento, ecc.);
- i sistemi organizzativi (i comportamenti professionali, le competenze maturate e l'esperienza dimostrata, la gerarchia presente, la suddivisione dell'organico secondo mansioni o attività, i rapporti tra le unità operative ed i servizi aziendali, ecc);
- I servizi in uscita (i percorsi assistenziali già presenti all'interno dell'Unità Operativa e tra le Unità Operative, i percorsi di eccellenza per D.R.G., lo sviluppo professionale, ecc).

Con le metodologie, precedentemente descritte, sono state identificate le linee di attività aziendali utili a rispondere alle numerose esigenze di una popolazione afferente all'ospedale, pari a 2 milioni e cinquecentomila persone.

Fase 2 – La Presa in Carico

E' stata realizzata una "mappa" che prevede delle tappe obbligate attraverso le quali il paziente, giunto in Pronto Soccorso, transita all'interno dell'ospedale fino al momento della dimissione (Fig. 1). La mappa è stata sintetizzata in sei tappe di seguito descritte:

- I tappa - Identificazione: vengono raccolte tutte quelle informazioni cliniche e sociali che permettono di costruire intorno alla persona malata una identità personale e sociale, condividendo con il medico di Pronto Soccorso il primo approccio sanitario;
- II tappa - sviluppo del percorso sanitario: partendo dalle procedure diagnostico-terapeutiche già esistenti (Percorsi di Ricovero Standard aziendali e/o istituzionali) e dalla valutazione della complessità assistenziale infermieristica (es.: scale di valutazione infermieristica, Indice di Complessità Assistenziale, ecc.) si delinea il possibile indirizzo diagnostico-terapeutico ed assistenziale più idoneo al paziente;
- III tappa - scelta dell'appropriatezza al ricovero: viene valutata la reale necessità di urgenza della malattia, il paziente viene indirizzato al trattamento sanitario più idoneo quale: il ricovero in reparto, il ricovero in una struttura sanitaria accreditata, il ricovero in day-hospital o day-surgery o ambulatorio. I pazienti con patologie croniche, lungodegenti e/o con problematiche sociali vengono

direttamente inviati nelle strutture sanitarie specifiche, attivando l'assistenza sociale territoriale, in concorso con gli assistenti sociali aziendali;

- IV tappa - presa in carico del paziente: prima dell'invio del paziente, dal Pronto Soccorso al reparto individuato, si condividono le sue condizioni cliniche, con il personale medico e/o infermieristico dell'unità operativa accettante;
- V tappa - programma di degenza: è ciò che avviene nelle singole unità operative. Il servizio degli "ottimizzatori" collabora al fine di snellire i tempi di attesa per la diagnostica, nel programmare i vari professionisti nell'esecuzione delle consulenze o nella condivisione e pianificazione della dimissione/trasferimento;
- VI tappa - dimissione e/o riabilitazione: una volta valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico di reparto, il team accoglienza partecipa

alla definizione della possibile conclusione dell'esperienza ospedaliera. Oltre alle condizioni di salute del paziente si valuta anche il grado di collaborazione da parte della famiglia, se presente, per la migliore presa in carico dello stesso paziente.

Fase 3 – La Continuità Assistenziale

I pazienti che per motivi clinici non possono rientrare al proprio domicilio, poiché ancora bisognevoli di assistenza sanitaria, vengono valutati (secondo i criteri di accesso previsti dalla normativa di accreditamento di strutture sanitarie al S.S.N.) ed inseriti in programmi di collaborazione per la continuità delle cure verso strutture di lungodegenza, riabilitazione (motoria, neurologica, cardiologica, respiratoria, ecc.), hospice, ecc. più idonea, considerando, per quanto possibile, anche le esigenze familiari (es.: lontananza della struttura dall'abitazione del parente/amico). Prima dell'invio del paziente alla struttura individuata come idonea, si condividono con il personale medico della struttura stessa, le informazioni cliniche e l'appropriatezza del trasferimento. Ottenuta una risposta positiva (tramite fax), si procede al trasferimento del paziente tramite automezzi dell'azienda ospedaliera. Le strutture sanitarie, oggi collaboranti, sono state oggetto di sopralluogo da parte degli ottimizzatori.

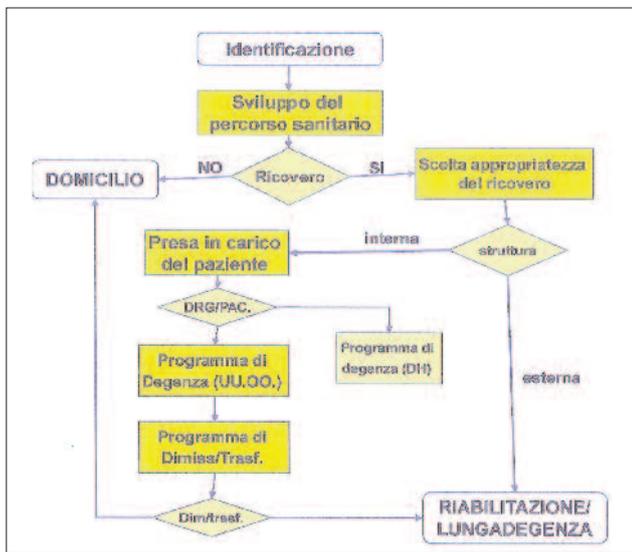


Figura 1 – Percorso di presa in carico

RISULTATI

La Tabella 1 riassume brevemente quanto descritto nella Deliberazione Giunta Regione Lazio n.420 del 2007 avente come oggetto: Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale del 14 aprile 2007 n. 267. Ridefinizione della rete e dell'offerta dei

AREA	DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA – (HUB)	TIPOLOGIA DELLA RETE DI EMERGENZA	BACINO DI UTENZA	ASL AFFERENTI (CENTRI SPOKE)
1	Az. Universitaria POLICLINICO UMBERTO I	Ictus cerebrale acuto Trauma Grave – Neurotrauma Emergen Cardiologica Rete Emergenza 118 Rete Oncologica	154.983. 215.498. 321.002.496	RMA–RMB (Distretto 1)- RMG-FR RMA–RMB (Distretto 1)- RMG-FR RMA (Distretti 1 area S.Giacomo-2-3-4)-RMB (Distretti 1)- RMGRMA-RMG-FR
2	Az. Universitaria POLICLINICO TOR VERGATA	Ictus cerebrale acuto Emergenza Cardiologica Rete Emergenza 118 Rete Oncologica	9.03648 1.153. 019	RMB (Distretti 2-3-4)-RMH (Distretti 1-2-3-5)-RM C (Distretto 6) RMB (Distretti 2-3-4)- RMH (Distretti 1-3-5)-FR
3	Az. Ospedaliera SAN CAMILLO-FORLANINI	Ictus cerebrale acuto Trauma Grave Neurotrauma(bacino Tor Vergata) Emergenza Cardiologica Rete Emergenza 118 Rete Oncologica	1.596..220 2.550.000 900.096	RMC (Distretti 9-11-12)-RMD-RMH (Distretto 4-6)- LT RMC (Distretti 9-11-12)-RMD-RMH (Distretto 4-6)- LT RMB (Distretti 2-3-4)-RMH (Distretti 1-2-3-5)-RM C (Distretto 6) RMC (Distretti 9-11-12)-RMD RMD-VT
4	Az.Universitaria POLICLINICO AGOSTINO GEMELLI	Ictus cerebrale acuto Trauma Grave – Neurotrauma Emergenza Cardiologica Rete Emergenza 118 Rete Oncologica	1.219.770 1.219.770 618.947	RME-RMF-VT-RI RME-RMF-VT-RIVT – RIRI

Tabella 1.

servizi ospedalieri (intervento 1.2.4 Piano di Rientro). Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento 1.2.5 Piano di Rientro), che definisce i centri regionali DEA di II livello (denominati HUB), la tipologia di rete di emergenza, il bacino di utenza e le aziende sanitarie locali (denominate SPOKE) a loro afferenti. Come definito nella stessa normativa, il bacino di utenza (pari a 903,648 abitanti) afferente all'Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata, per la rete di emergenza del Trauma Grave e Neurotrauma, in attesa del suo adeguamento strutturale e funzionale, è stata temporaneamente attribuita all'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, quest'ultima con un bacino totale di 2.550.000, il più numeroso di tutta la regione. Questa deliberazione ha fortemente influenzato l'attività quotidiana del Pronto Soccorso medico-chirurgico (adulti).

La Tabella 2 riassume l'attività di Pronto Soccorso, negli ultimi sei anni, differenziato per tipologia: adulti, ostetrico e pediatrico. Sono inoltre rappresentati il totale dei codici rossi, gialli, verdi e bianchi per singolo pronto soccorso. Nella parte inferiore della tabella sono rappresentati i totali di tutte e tre i pronti soccorso aziendali.

La tabella 3 riassume l'attività giornaliera, negli ultimi sei anni, intesa come presenza media di pazienti in Pronto Soccorso nelle 24 ore. L'attività è stata differenziata anche per codice colore di priorità di intervento.

La Tabella 4 rappresenta, negli ultimi sei anni, l'attività, nei tre pronti soccorso aziendali, di ricovero in ospedale, di non ricoveri e di trasferimenti in altre strutture sanitarie per la continuità delle cure.

La Tabella 5 riassume l'attività operativa giornaliera del Servizio Team Accoglienza, secondo le priorità di intervento, per garantire la presa in carico nelle situazioni di emergenza-urgenza. La tabella confronta le attività che venivano svolte nel 2008, ad inizio del mandato, con quelle attuali (fine anno 2012). Le parti evidenziate in grassetto rappresentano gli indicatori di maggiore interesse, che rappresentano la reale funzione del servizio all'interno dell'organizzazione ospedaliera.

La Tabella 6 rappresenta negli ultimi sei anni l'andamento quantitativo degli indicatori di attività sanitaria dell'azienda ospedaliera come: la quantità di ricoveri, la permanenza in minuti nei tre pronti soccorso, il numero di posti letto, la degenza media, l'indice di occupazione, l'indice di turn-over, il ricorso a percorsi sanitari quali: i pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) e gli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), ecc.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale Lazio n. 821 del 3 novembre 2009 avente per oggetto: *Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di pronto soccorso dei presidi ospedalieri della regione lazio. individuazione delle funzioni del "facilitatore dei processi di ricovero e dimissione"*; tale progetto è stato riconosciuto strategico nell'organizzazione ospedaliera sia pubblica che privata.

Quattro mesi dopo l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, nel recepire le indicazioni regionali, istituisce con Deliberazione della Direzione Generale il "Pool del Bed Management" composto da

Medico-Chirurgico (Adulti)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Accessi Anni	69152	67900	68426	64970	63991	61453
Codice Rosso	1383	2037	2053	1989	1971	1844
Codice Giallo	9681	10864	10948	10395	10238	9832
Codice Verde	51864	52283	52688	50027	49273	47319
Codice Bianco	6224	2716	2737	2559	2509	2458
Ostetrico-Ginecologico						
Accessi Anni	10463	10185	10340	11402	11318	10379
Codice Rosso	209	306	310	343	340	312
Codice Giallo	1465	1630	1654	1824	1811	1660
Codice Verde	7847	7842	7962	8780	8715	7992
Codice Bianco	942	407	414	455	452	415
Pediatrico						
Accessi Anni	18436	18915	18872	19468	20133	19005
Codice Rosso	369	567	566	584	605	572
Codice Giallo	2581	3026	3020	3115	3221	3040
Codice Verde	13827	14565	14531	14990	15502	14633
Codice Bianco	1659	757	755	779	805	760
Riepilogo dei totali						
Totale Accessi	98051	97000	97638	95840	95442	90837
Totale Codice Rosso	1961	2910	2929	2916	2916	2728
Totale Codice Giallo	13727	15520	15622	15334	15270	14532
Totale Codice Verde	73538	74690	75181	73797	73490	69944
Totale Codice Bianco	8825	3880	3906	3793	3766	3633

Tabella 2.

MEDICO- CHIRURGICO	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Accessi medi al giorno	189	186	188	178	176	168
Codice Rosso	4	6	6	5	5	5
Codice Giallo	26	30	30	29	28	27
Codice Verde	142	143	145	137	136	129
Codice Bianco	17	7	7	7	7	6
OSTETRICO-GINECOLOGICO						
Accessi medi al giorno	29	28	28	31	31	28
Codice Rosso	1	1	1	1	1	1
Codice Giallo	4	5	5	5	5	5
Codice Verde	22	21	21	24	24	21
Codice Bianco	2	1	1	1	1	1
PEDIATRICO						
Accessi medi al giorno	50	52	52	53	55	52
Codice Rosso	1	2	2	2	2	2
Codice Giallo	7	8	8	8	9	8
Codice Verde	38	40	40	41	42	40
Codice Bianco	4	2	2	2	2	2
Riepilogo Totali						
Accessi medi al giorno	268	266	268	262	262	248
Codice Rosso	6	9	9	8	8	8
Codice Giallo	37	43	43	42	42	40
Codice Verde	202	204	206	202	202	190
Codice Bianco	23	10	10	10	10	9

Tabella 3.

MEDICO- CHIRURGICO (ADULTI)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ricoverati	15925	14131	12300	11815	12011	12218
Non ricoverati	53227	53796	56126	53155	51980	49235
Trasferiti in altre strutture	1092	1294	1584	1452	1507	1489
OSTETRICO-GINECOLOGICO						
Ricoverati	5097	4640	4081	4346	4281	3955
Non ricoverati	5366	5729	6259	7056	7037	6424
Trasferiti in altre strutture	101	122	232	234	282	241
PEDIATRICO						
Ricoverati	1992	1475	1115	1023	1098	1156
Non ricoverati	16444	17226	17757	18445	19035	17849
Trasferiti in altre strutture	93	89	77	98	83	114
Riepilogo Totali						
Ricoverati	23014	20246	17496	17184	17390	17329
Non ricoverati	75037	76751	80142	78656	78052	73508
Trasferiti in altre strutture	93	1505	1893	1784	1872	1844

Tabella 4.

dirigenti medici della Direzione Sanitaria Aziendale e dal gruppo degli ottimizzatori.

Oltre a quanto è stato rappresentato con l'utilizzo delle tabelle, sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- Riduzione di pazienti affetti da malattie croniche: nel 2008 erano presenti nelle unità operative, individuate per la realizzazione del progetto (n.28), circa 79 pazienti definiti con il codice 56; oggi su

PRIORITA'	DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'	2008	2012
1°- Liberare le Camere Operatorie	N° camere operatorie afferenti al DEA di gestione del Team Accoglienza	6	6
	(DEA – Neurochirurgia - Emodinamica)		
	N° casi clinici presenti nelle camere operatorie (interventi di emergenza-urgenza) in attesa di un percorso di ricovero per acuti in Terapia Intensiva.	//	2
2°- Liberare le Terapie Intensive e Sub-Intensive	N° posti letto di terapia intensiva aziendali: Cardiocirurgia – UTIC - Neurochirurgia- Malattie Polmonari – Centro Shock e Trauma – Centro Rianimazione 2	61	55
	N° Posti letto di Terapia Intensiva afferenti al DEA di gestione del Team Accoglienza (Centro Shock e trauma)	12	10
	N° casi clinici presenti in Terapia Intensiva in attesa di un percorso di continuità di cure in aree di degenza di minore intensità (sub-intensive, medicina critica, degenza ordinaria).	//	2
	N° posti letto di terapia sub-intensiva aziendali: Malattie polmonari - Medicina d'Urgenza – Insufficienza respiratoria Scompensata – Medicina Critica.	19	19
	N° casi clinici presenti in Terapia sub - intensiva in attesa di un percorso di continuità di cure in aree di degenza di minore intensità (degenza ordinaria).	1	2
3°- Liberare il Pronto Soccorso	N° casi clinici che necessitano di un percorso di ricovero ospedaliero per acuti in una struttura di alta specializzazione (DEA II livello).	12	10
	N° casi clinici che necessitano di un percorso di ricovero ospedaliero per acuti in una struttura non di alta specializzazione. (trasferimento esterno)	8	14
	N° casi clinici che necessitano di ricovero in strutture di lungodegenza. (trasferimento esterno)	2	4
	N° casi clinici che necessitano di assistenza residenziale/ domiciliare di tipo hospice. (trasferimento esterno)	//	3
4°- Liberare la Medicina d'Urgenza	N° posti letto di Medicina d'Urgenza	24	16
	N° casi clinici che necessitano di un percorso di continuità di cure presso le unità operative aziendali (trasferimento interno)	8	4
5°- Liberare le UU.OO. aziendali	N° di Unità Operative di degenza ordinaria afferenti al DEA di gestione del Team Accoglienza	28	66
	N° casi clinici che necessitano di continuità di cure presso strutture esterne (Lungodegenza – Riabilitazione – Hospice - RSA)	6	4
6°- Disponibilità posti letto in case di cura / cliniche	N° Case di Cura/Cliniche di Lungodegenza – Riabilitazione – Hospice – RSA operative e collaboranti al progetto aziendale.	27	12
	N° posti letto disponibili al giorno dalle varie case di cura/cliniche	28	8

Tabella 5.

72 unità operative sono 14 i pazienti difficilmente “collocabili” per la loro complessità assistenziale o per disagio sociale.

- Riduzione del fenomeno dei letti soprannumerari (tecnici) nelle unità operative: nel 2008 erano allestiti, giornalmente, circa 32 posti letto soprannumerari nelle varie aree di degenza ordinaria (soprattutto in medicina); oggi il ricorso a tale soluzione avviene nel solo turno di notte, frequente nel festivo, da un minimo di 9 ad un massimo di 12 posti letto soprannumerari, distribuiti nelle diverse discipline secondo le condizioni cliniche del paziente.
- Riduzione dei DRG medici nelle aree chirurgiche.
- Redazione del Manuale Operativo quale strumento informativo che contiene:
 - ☑ Presentazione dell'azienda,
 - ☑ Presentazione del servizio,

- ☑ Descrizione del Progetto,
- ☑ Lo Sviluppo del Progetto,
- ☑ Regolamento del servizio
- ☑ Il modello organizzativo (per aree)
- ☑ Organigramma,
- ☑ Piano delle Attività,
- ☑ Griglie di rilevazione e schede sinottiche,
- ☑ Procedure operative,
- ☑ Indicatori di attività,
- ☑ Risultati di sistema (grafici),
- ☑ Bibliografia.

Risultati non raggiunti.

Non sono stati raggiunti gli indicatori di esito, quali: la riduzione dei tempi di attesa di PS e la riduzione dei tempi di attesa per il ricovero in reparto. Tali indicatori sono stati influenzati dalle seguenti cause quali:

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
GENERALI	N° posti letto aziendali	1.251	1.144	1068	1021	1027	1021
	N° posti letto ordinari medi (esclusi posti letto di day-hospital)	1081	976	898	855	865	851
	N° totali ricoveri	38568	35423	32062	32206	32454	31924
	N° totale accessi al Pronto Soccorso (adulti-pediatrico-ostetrico)	98051	97000	97638	95840	95442	90837
	Permanenza in PS – deviazione standard (adulti-pediatrico-ostetrico)	201	195.93	220	314	618	759.3
	Permanenza in PS – mediana (adulti-pediatrico-ostetrico)	120	130	140	144	155	155
PRONTO SOCCORSO	Permanenza in PS – Medico-Chirurgico (deviazione standard)	210	203	223	330.9	659.4	869.4
	Permanenza in PS – Medico-Chirurgico (mediana)	160	168	176	188	205	208
	Permanenza in PS – Ostetrico/Ginecologico (deviazione standard)	78	65.32	70.1	86	93.2	82.4
	Permanenza in PS – Ostetrico/Ginecologico (mediana)	45	49	54	60	59	55
	Permanenza in PS – Pediatrico (deviazione standard)	165	165.98	166.86	294.8	452.1	499.9
	Permanenza in PS – Pediatrico (mediana)	67	83	87	92	107	111
UNITA' OPERATIVE	Degenza Media tutti i D.R.G.	9.4	8.9	9.3	9.1	9.2	9.2
	Indice di Occupazione p.l.	93.6	93.6	92.83	93.72	94.58	93.84
	Indice di Rotazione	35.9	37.4	36.54	37	37.49	37.5
	Indice di Turn-over	0.6	0.6	0.72	0.61	0.53	0.6
	% Dimissioni Protette (codice 5)	32.6	34.6	31.9	31.9	30.06	31.04
ALTRO	PAC (Pacchetto Ambulatoriale Complesso)	1.028	2.278	2992	4166	4510	4757
	APA (Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali)	876	1.600	1653	2933	5066	5781

Tabella 6.

- con l'aumento dei casi complessi provenienti dalla Rete di Emergenza Regionale, l'azienda ospedaliera ha dovuto ri-organizzarsi per priorità, dando maggiore attenzione all'attività chirurgica di emergenza-urgenza (Blocco Operatorio Emergenza), successivamente alle attività recettive nelle terapie intensive ed infine alle situazioni di urgenza del Pronto Soccorso. Ciò ha comportato un maggiore stazionamento dei codici verdi a fronte dei gialli, realizzando percorsi più celeri per i codici rossi;
- La ri-organizzazione strutturale e funzionale della Unità Operativa Complessa di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (adulti), la carenza di personale sanitario e l'inserimento di nuovi medici di PS, hanno contribuito ad un rallentamento nella definizione dei casi clinici e quindi dell'avvio ai percorsi di ricovero intra-ospedalieri;
- La ridotta disponibilità di posti letto aziendali, soprattutto nelle aree mediche e chirurgiche, a seguito della drastica riduzione di disponibilità da

- parte delle strutture esterne (lungodegenza, riabilitazione, hospice, RSA, ecc.);
- La mancata continuità assistenziale a livello della medicina di base.

DISCUSSIONE

Questa elaborazione è una delle prime nel suo genere a livello nazionale, poiché sono ancora poche le esperienze, oggi, presenti nel nostro sistema sanitario. Nello scenario internazionale tale esperienza trova un forte consolidamento negli anni ed un riconoscimento professionale, poiché il Bed Manager è considerato un dirigente dei processi operativi; come si evince dalla letteratura straniera, anche se non copiosa, di manuali operativi e linee-guida. Dai risultati è emerso che l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, con un servizio di Pronto Soccorso e con un Dipartimento di Emergenza di II livello, è HUB (centro) di riferimento per diverse tipologie di malattie con il

bacino di utenza il più numeroso della Regione Lazio (tabella n.1); 2 milioni e 550 mila abitanti e un numero che potrebbe scoraggiare qualsiasi dirigente, in considerazione delle attuali difficoltà in cui versa la sanità italiana, ma assistere agli sforzi che i vari professionisti sanitari che vi operano all'interno, nel voler risolvere i problemi di salute di tanti concittadini, è stimolo quotidiano ad andare avanti, ed a trovare nuovi modelli organizzativi, nuove scelte operative per "governare" i flussi di ricovero, facilitando i percorsi ed ottimizzare i posti letto. L'attività dei tre pronti soccorso: medico-chirurgico (adulti), ostetrico-ginecologico e pediatrico, presenti nell'azienda ospedaliera, ha visto negli ultimi anni una progressiva riduzione del numero di accessi (-7000 persone circa), mentre sono aumentati i numeri di accesso di pazienti in codice rosso e giallo (tabella n.2). La presenza di casi sempre più complessi, in emergenza-urgenza, ha inevitabilmente ridisegnato la capacità recettiva dell'azienda, che progressivamente negli anni ha dovuto imparare a rispondere con efficacia ed efficienza, considerato che i DRG prodotti dalle unità operative aziendali hanno il valore (peso) il più alto della Regione Lazio. Tutta l'attività di pronto soccorso, tradotta nelle attività giornaliere (tabella n.3) dimostra che la compresenza di diversi codici rossi, insieme ad un elevato numero di codici gialli richieda una capacità di gestione di percorsi che permetta una reale presa in carico del paziente, per definire la migliore allocazione e garantire un'adeguata continuità delle cure, oppure il rientro al domicilio per coloro che hanno terminato e risolto il problema di salute. I dati rappresentati nella tabella n.4 dimostrano chiaramente una sostanziale riduzione di ricoveri all'interno dell'azienda (di conseguenza sono stati prodotti meno DRG anti-economici), l'incremento dei non ricoverati (re-inviati alla medicina di base), ma per coloro che avevano necessità di continuità delle cure sono stati trasferiti in altre strutture; quest'ultimo dato, fortemente, incrementato dalla presenza del Servizio Team Accoglienza, che negli anni ha favorito una fitta rete di collegamenti tra l'azienda e le stesse strutture esterne. Come rappresentato nella tabella n.5, il Servizio Team Accoglienza, ogni giorno, svolge le sue attività secondo priorità organizzative, collaborando per il buon funzionamento del Dipartimento di Emergenza. Per poter garantire interventi chirurgici di emergenza-urgenza, è prioritario assicurarsi che le due camere operatorie del Dipartimento Emergenza siano disponibili, pertanto eventuali pazienti presenti in attesa di allocazione in terapia intensiva, ricevano la maggiore attenzione nelle scelte organizzative. L'individuazione nelle terapie intensive di pazienti che possano essere trasferiti in altri reparti a minor peso assistenziale, è la seconda priorità organizzativa. Nello svolgimento delle attività il Servizio Team Accoglienza presta molta attenzione al grado di complessità assi-

stenziale che il paziente manifesta, poiché è indispensabile per garantire la continuità delle cure. Nella successione delle priorità organizzative, il Pronto Soccorso occupa la terza posizione. Negli anni il volume di attività del servizio, è andato progressivamente aumentando, soprattutto nella gestione e definizione della complessità dei casi, ciò ha richiesto una maggiore consapevolezza nella realizzazione di percorsi di ricoveri appropriati. La quarta priorità è rappresentata dal facilitare i percorsi in entrata ed in uscita della Medicina d'Urgenza, quale struttura di ricovero, strategica, per il buon funzionamento del Pronto Soccorso. Negli anni però questo reparto è stato più volte oggetto di riorganizzazione interna, ma costantemente impiegato nella gestione di casi particolarmente complessi sia dal punto di vista medico che infermieristico. Attualmente è tra i pochissimi reparti ad avere posti letto monitorizzati. L'unità operativa di Medicina d'Urgenza, viene impiegata anche nel de-congestionare il Centro di Shock e Trauma (anche per la vicinanza tra i due reparti), nei casi di un elevato numero di pazienti politraumatizzati, presenti in Pronto Soccorso. Per favorire la maggiore capacità recettiva nelle unità operative aziendali di degenza ordinaria, il servizio ogni giorno monitora e sollecita i trasferimenti di quei pazienti che, per la loro condizione clinica necessitano di una continuità di cure in altre strutture. Questa attività che rappresenta la quinta priorità organizzativa, negli anni ha subito un'importante riduzione per l'incapacità da parte delle strutture esterne all'ospedale, di poter garantire la continuità delle cure, di pazienti che, se pur non più acuti, sono complessi dal punto di vista assistenziale, con maggiore impegno di risorse sia umane che economiche. Questi ultimi due elementi sono, oggi, fattori che influenzano fortemente la risposta di accettazione da parte della stessa struttura sanitaria. L'ultima priorità è rappresentata dal mantenere la fitta rete di contatti con le varie case di cura e cliniche (lungodegenza, riabilitazione, hospice, RSA, ecc.), attività che viene assicurata con telefonate quotidiane. La rete di collaborazione tra l'azienda ospedaliera e le varie strutture esterne, non è mai venuta meno, anche se i dati dimostrano una evidente ed importante riduzione, causa non di "cattivi" rapporti istituzionali, ma piuttosto di risposta da parte delle stesse strutture alle scelte organizzative regionali, tanto da trasformarle in altre entità (soprattutto non più convenzionate al Servizio Sanitario Nazionale), cessazione delle attività (riduzione e chiusura di posti letto) ed infine riconvertendo in alcuni casi i posti letto definiti "post acuti" in acuti precludendo così ogni trasferimento dalle unità operative aziendali a quei reparti "post acuti" di cui quotidianamente c'era e c'è bisogno. Nel 2008 questo servizio poteva contare sulla collaborazione di circa 27 strutture sanitarie distribuite nella Regione Lazio (oltre 75%

nella sola città di Roma) con una disponibilità giornaliera di 28 posti letto; oggi, le stesse cliniche ridotte del 60%, offrono una disponibilità di non più di 8 posti letto. La selezione da parte delle strutture esterne è oggi un fattore vincolante l'organizzazione ospedaliera. Nella tabella n.6 sono riassunti alcuni degli indicatori di attività dell'azienda, alcuni dei quali influenzati dal servizio Team Accoglienza. Anche se negli anni alcuni volumi di attività sono diminuiti a fronte di un maggior impiego di risorse per far fronte alle numerose complessità assistenziali, provenienti soprattutto dalla rete di emergenza regionale, gli indicatori di processo sono rimasti stabili. Un dato significativo del sovraffollamento soprattutto nel Pronto Soccorso adulti, di maggiore interesse di questo studio, è l'incremento della mediana e della deviazione standard della permanenza in Pronto Soccorso, valori che dimostrano della ancora inadeguata riorganizzazione delle rete ospedaliera, ma soprattutto della scarsità di risposta da parte della medicina di base nella presa in carico del paziente fase post acuta.

Il servizio è oggi garantito da sei coordinatori infermieristici, attivo tutti i giorni ad eccezione della domenica e festivi, non in istituto di pronta disponibilità (reperibilità). Il personale ha svolto, in questi anni attività di formazione/addestramento a colleghi provenienti dalle direzioni aziendali e universitarie ospedaliere regionali e nazionali.

CONCLUSIONI

Questo progetto, oggi servizio, così particolare, è giunto al quinto anno di esperienza, e vede nella figura del coordinatore infermieristico colui che nella presa in carico della persona malata nel percorso di ricovero, soprattutto intra-ospedaliero, è uno dei maggiori esperti. L'esperienza clinica nella gestione dei pazienti particolarmente complessi, la gestione delle risorse materiali ed umane, la conoscenza delle specifiche capacità dei professionisti e delle linee di attività presenti nell'azienda ed infine l'operatività di lavorare per obiettivi, sono elementi indispensabili per poter svolgere l'attività di "ottimizzatore" (o facilitatore). Prendersi cura della persona malata, fin dal primo momento, proprio dal suo ingresso in ospedale in Pronto Soccorso, è stato il punto strategico di questo progetto. Riuscire a definire da subito, il percorso del paziente all'interno dell'azienda ha permesso una migliore razionalizzazione dei posti letto disponibili, ma soprattutto ottimizzazione delle risorse professionali presenti nella struttura; evitando in alcuni casi ricoveri impropri ed il ricorso a continui trasferimenti tra le unità operative, quest'ultimo causa di forte disagio da parte dell'utente. Il progetto, dunque, ponendo il malato al centro dell'attenzione, ha fatto sì che i vari professionisti sanitari ruotino intorno a lui e ciò ha generato in molti

contesti un clima collaborativo, facilitando la risoluzione del problema di malattia oppure la stabilizzazione precoce delle condizioni cliniche soprattutto nelle situazioni con patologie croniche ad andamento degenerativo. Gli "ottimizzatori" infine, collaborando con le varie professioni sanitarie, hanno prestato maggiore attenzione nelle situazioni di disagio sociale operando in stretta cooperazione con gli assistenti sociali dell'azienda, attivando precocemente procedure di presa in carico da parte dei servizi sociali territoriali, evitando così inutili ricoveri ospedalieri.

Il progetto presentato e descritto nelle sue fasi di sviluppo risulta utile o di stimolo a quanti saranno chiamati ad intraprendere nuovi modelli organizzativi, senza però mai perdere di vista la presa in carico della persona malata che in una sanità sempre più specialistica, non sempre è capace di garantire quella continuità delle cure, tanto richiamata nelle scelte politiche, ma che per l'infermiere ha soprattutto un valore etico (art. 27 del Codice Deontologico).

RINGRAZIAMENTI:

Si ringraziano il Dott. Luigi Macchitella (Direttore Generale dal 2005 al 2010) per aver riconosciuto questo servizio, utile e strategico all'interno dell'organizzazione ospedaliera, il Dott. Diamante Pacchiarini Direttore Sanitario (dal 2005 al 2012) ed il Dott. Enrico Baldi Direttore Infermieristico (dal 2005 al 2009), per aver ideato e sostenuto questo progetto nei primi anni di sviluppo. Desideriamo, ringraziare il Dott. Francesco Cremonese in qualità di Direttore del Dipartimento di Emergenza aziendale per aver contribuito a far conoscere questo progetto nelle varie commissioni regionali; il Dott. Angelo Longo in qualità di Direttore del sistema Gestione Informatico di Pronto Soccorso ed Emergenza (GIPSE) ed oggi, coordinatore del "Pool Bed Management Aziendale", per aver aiutato, sostenuto ed incrementato, in questi cinque anni, il nostro servizio ed infine la Dott.ssa Daniela Orazi in qualità di Direttore Sanitario del Presidio San Camillo per aver sempre creduto, e difeso il nostro mandato aziendale all'interno delle difficili logiche di gestione ospedaliera. Infine, un sincero grazie a quanti, ogni giorno, collaborano con noi, nel garantire una reale presa in carico della persona malata nei vari percorsi sanitari.

BIBLIOGRAFIA

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. (2008). *Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nella Regione*

- Lazio. Roma, DC: Author.
- Baglio, G., Matera, E., Vantaggio, G. & Perucci, C.A. (2001). Valutare l'appropriatezza dei ricoveri con dati amministrativi: ruolo degli APR-DRG. *Tendenze Nuove*, 3, 51-69.
- Calamandrei, C. & Orlandi, C. (2002). *La Dirigenza Infermieristica*. Milano: McGraw-Hill.
- Capasso, A, & Pascarella, G. (Eds.). (2011). *L'azienda sanitaria. Innovazione tecnologica, evoluzione organizzativa e governo clinico*. Milano: Franco Angeli.
- Casati, G. (Ed.). (2002). *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*. Milano: McGraw-Hill.
- Casati, G. & Vichi, M.C. (Eds.). (2002). *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*. Milano: McGraw-Hill.
- Cavaliere, B. (2009). *Misurare la complessità assistenziale. Strumenti operativi per le professioni sanitarie*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- Chiari, P. & Santullo, A. (2010). *L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi*. Milano: McGraw-Hill.
- Copello, F. & Testi, A. (2004). *Economia Sanitaria e Controllo di Gestione*. Roma: Carocci.
- Crupi, D., Lagostena, A., & Pasdera, A. (2010). *Costi standard ricoveri. Manuale per elaborare ed utilizzare in un'ottica strategica gli indicatori gestionali relativi alla degenza ospedaliera*. Milano: Franco Angeli.
- D'Innocenzo, M., Massai, D., Rocco, G., Sasso, L., Silvestro, A., Valerio, G., Vallicella, F., & Vanzetta, M. (2005). *Procedure diagnostico-terapeutiche e assistenziali. Il percorso dell'infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità*. Milano: McGraw-Hill.
- Dal Ponte, A., Ondoli, C. & Vaccari, R. (2002). *Gli strumenti del management sanitario*. Roma: Carocci.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.56 (2010). Rete Assistenziale Perinatale.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.57 (2010). Rete Assistenziale della Malattie Emorragiche Congenite.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.58 (2010). Rete Assistenziale delle Malattie Infettive.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.59 (2010). Rete Assistenziale Oncologica.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.73 (2010). Rete Assistenziale dell'Emergenza.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.74 (2010). Rete Assistenziale Cardiologica e Cardiochirurgica.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.75 (2010). Rete Assistenziale dell'Ictus Cerebrale Acuto.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.76 (2010). Rete Assistenziale del Trauma Grave e Neuro-trauma.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.77 (2010). Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.78 (2010). Rete Assistenziale della Chirurgia Maxillo-Facciale.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.79 (2010). Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano.
- Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.80 (2010). Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale.
- Deliberazione Direzione Generale Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma del 9 marzo 2010, n.455. Progetto di attuazione della DGR n.821/2009 "Bed Manger".
- Deliberazione Direzione Generale Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma del 24 febbraio 2009, n.396. Riorganizzazione delle attività di Pronto Soccorso nell'ambito dell'UOC Medicina D'Urgenza e delle cure differenziate del Dipartimento DEA.
- Deliberazione Direzione Generale Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma del 29 gennaio 2008, n.50. Adozione del progetto "Gestione dell'accoglienza e dell'ammissione del malato nel percorso di ricovero": Prime misure di razionalizzazione ed ottimizzazione dei percorsi di emergenza ed elezione.
- Deliberazione Giunta Regione Lazio 12 giugno 2007, n. 420. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale del 14 aprile 2007 n. 267. Ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri (intervento 1.2.4 Piano di Rientro). Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento 1.2.5 Piano di Rientro).
- Deliberazione Giunta Regione Lazio 3 novembre 2009, n.821. Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di pronto soccorso dei presidi ospedalieri della regione lazio. individuazione delle funzioni del "facilitatore dei processi di ricovero e dimissione".

- Deliberazione Giunta Regione Lazio, n.149. (2007). Piano di Rientro.
- Gruppo Formazione Triage. (2010). *Triage Infermieristico*. Milano: McGraw-Hill.
- Lince, M. (Ed.). (2005). *I Percorsi Assistenziali: uno strumento operativo e organizzativo. Dalla Metodologia a possibili scenari applicativi*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Malinverno, E. (2005). *La Qualità dell'Assistenza Infermieristica. Metodi e strumenti di valutazione*. Roma: Carocci.
- Mappelli, V. (2012). *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino.
- Mariotti, G. (2005). *Priorità cliniche in sanità. Come governare i tempi d'attesa con il coinvolgimento dei professionisti*. Milano: Franco Angeli.
- Miolo Vitali, P. & Nuti, s. (2003). *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*. Milano: Franco Angeli.
- Moiset, C. & Vanzetta, M. (2006). *La qualità nell'assistenza infermieristica. Definizione, misura, analisi, valutazione e miglioramento continuo*. Milano: McGraw-Hill.
- Moiset, C., Vanzetta, M. & Vallicella, F. (2003). *Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informatico della performance infermieristica*. Milano: McGraw-Hill.
- Pennini, A. (2013). *Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie*. Milano: McGraw-Hill.
- Persiani, N. (2011). *Principi contabili e di controllo interno per le aziende sanitarie ed ospedaliere*. Milano: Franco Angeli.
- Piano Sanitario Nazionale. (2006-2008).
- Piano Sanitario Regione Lazio. (2008-2010).
- Santosuosso, P. (2009). *La preparazione del budget delle aziende*. Milano: Egea.
- Santullo, A. (2008). *Le scale di valutazione in sanità*. Milano: McGraw-Hill.
- Silvestro, A., Maricchio, R., Montanaro, A., Molinar Min, M. & Rossetto, P. (2009). *La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa*. Milano: McGraw-Hill.
- Zangrandi, A. (Ed.). (2010). *Economia e Management per le professioni sanitarie*. Milano: McGraw-Hill.

