



4° Revisione, 6 febbraio 2002

***DISTRIBUZIONE DEI TRASFERIMENTI
DA PS E MEU ALLE U.O. DEL
“CRUSCOTTO INTERNO”***

V.Arienti

Commissione Cruscotto Interno e Gruppo di lavoro

T. Alberti, V. Arienti, R. DiFelicianantonio, P. Farruggia,
L. Frizziero, R. Nardi, R. Zoni



PREMESSA

esperienza maturata
1998-2001

Mantenimento
principi ispiratori
Cruscotto Metropolitan

1999

riassetto logistici
e organizzativi
OM - OB 2001-02

necessità revisione *modalità di distribuzione*
trasferimenti da PS e da MU alle U.O. di
OM e di OB del “Cruscotto Interno”



FINALITÀ



Individuare un sistema di gestione clinico-organizzativa delle necessità di ricovero dei paz AUSL (circa 20 paz/die) e dei trasferimenti da PS ed MU, dividerlo e rispettarlo.



METODOLOGIA

(rapporto richiesta/offerta = 1)

a) Computo delle disponibilità (offerta):

- N. Posti Letto di ogni Unità Operativa;
- indice occupazione ottimale Posti Letto
- degenza media regionale per singola disciplina specialistica
- % partecipazione (“assorbimento da cruscotto”) differenziata per singola disciplina specialistica:
 - Medicina Interna e Geriatria: 85%
 - Specialità affini* alla Medicina Interna: 35-70%
 - 35 % Cruscotto Interno “maggio-novembre”, all A
 - 70%, Cruscotto Metropolitano “dicembre-aprile”, all B

* **Cardiologia OM e OB; Gastro OM e OB, Neuro OM e OB, Pneumologia OB**

Protocollo Cruscotto Interno, VA II/2002



Cruscotto Interno OM-OB

(SCHEMA settimanale A: maggio-novembre)

SCHEMA A	Totale		
	U+D	U	D
Cardiologia-Pinelli (OB)	4	2	2
Cardiologia-Brachetti (OM)	5	3	2
Gastroenterologia-Dal Monte (OB)	5	3	2
Gastroenterologia-D'Imperio (OM)	3	1	2
Neurologia-Tassinari (OB)	2	1	1
Neurologia-Saquegna (OM)	3	2	1
Endocrinologia-Chiarini	1		
Pneumologia-Falcone (OB)	5	3	2
Geriatria Pedone (OM)	15	6	9
Medicina Interna-Nardi (OM)	27	14	13
Medicina Interna-Frizziero OM)	22	9	13
Medicina Interna-Arienti (OM)	27	14	13
Medicina Interna-Vezzadini (OB)	7	3	4
Medicina interna-Zoni (OB)	20	11	9
Totale	146	73	73



Cruscotto Interno OM-OB

(SCHEMA settimanale B: dicembre-aprile)

SCHEMA B	Totale		
	U+D	U	D
Cardiologia-Pinelli (OB)	7	4	3
Cardiologia-Brachetti (OM)	9	4	5
Gastroenterologia-Dal Monte (OB)	9	5	4
Gastroenterologia-D'Imperio (OM)	6	3	3
Neurologia Tassinari (OB)	3	1	2
Neurologia Saquegna (OM)	5	3	2
Endocrinologia-Chiarini	1		
Pneumologia Falcone (OB)	9	5	4
Geriatria-Di Feliciantonio (OM)	15	6	9
Medicina Interna-Nardi (OM)	27	14	13
Medicina Interna-Frizziero (OM)	22	9	13
Medicina Interna-Arienti (OM)	27	14	13
Medicina Interna-Vezzadini (OB)	7	3	4
Medicina interna-Zoni (OB)	20	11	9
Totale	167	82	84



METODOLOGIA

(parametri di distribuzione)

b) Modalità distributiva dei ricoveri in ordine di priorità

1. equità numerica dei pazienti da inviare alle diverse UO
2. rispetto automatico consecutivo sequenza predefinita ricoveri
 - » lista maschi
 - » lista femmine
3. continuità sequenza
 - » no limitazioni temporali (giornaliere o settimanali)
 - » abolizione “meccanismi di riserva”
eccezione: passaggio da schema A a quello B, Cruscotto Interno – Metropolitano, nei mesi sopra citati
4. invio paziente per competenza distintiva dell’UO (per branca, medica o chirurgica, e per area, specialistica o mission).



MEDIA GIORNALIERA DI ENTRATI

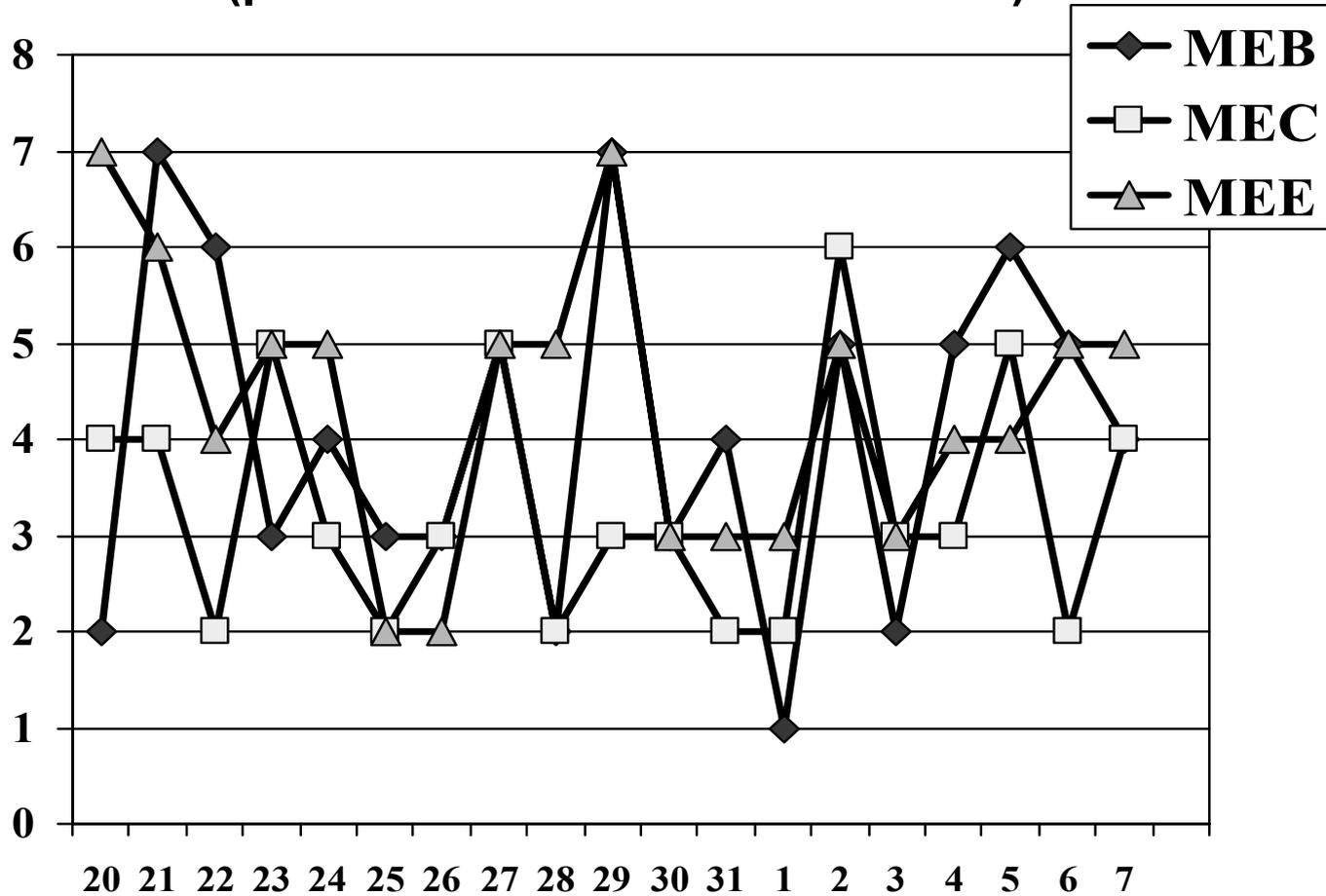
	MEDIA GIORNALIERA	UOMINI	DONNE	DS
MEB	4.2	2	2.2	1.76
MEC	3.7	1.45	2.3	1.41
MEE	4.2	2.15	2.05	1.60

PERIODO 20 DICEMBRE 2001 – 8 GENNAIO 2002)



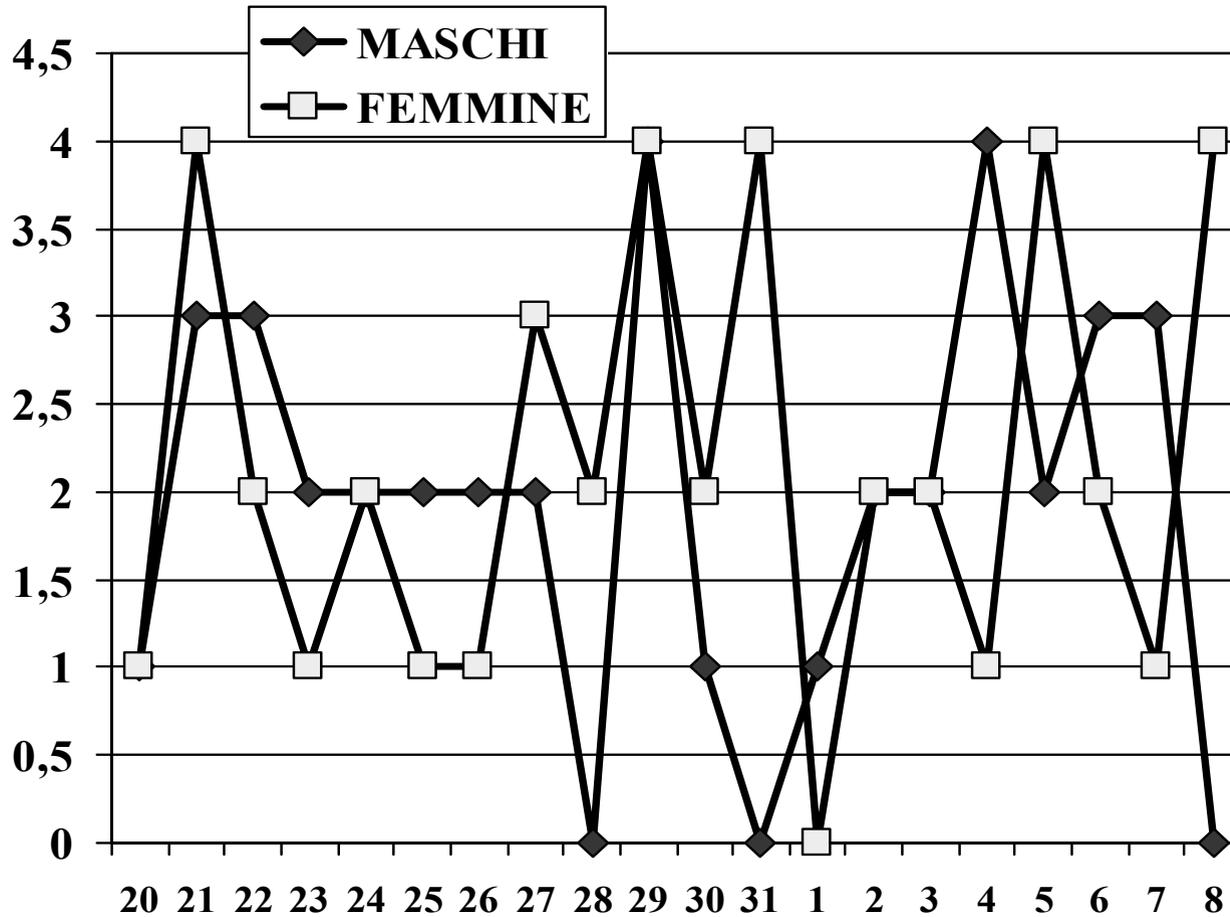
ENTRATI IN MEDICINA INTERNA

(periodo 20/12/2001 - 07/01/2002)





RICOVERI IN MEDICINA INTERNA "B" PER SESSO





Distribuzione informatizzata

Crusc. Interno A	
Uomini	Donne
1 ___	1 ___
2 ___	2 ___
3 ___	3 ___
4 ___	4 ___
.. ___	.. ___
.. ___	.. ___
.. ___	.. ___
.. ___	.. ___
.. ___	.. ___
.. ___	.. ___
.. ___	.. ___
.. ___	.. ___
.. ___	.. ___
.. ___	.. ___
72 ___	72 ___
Tot. Sett. 144	

GIORNO	
UOMINI	DONNE
1 ___	___
2 ___	___
3 ___	___
4 ___	___
5 ___	___
6 ___	___
7 ___	___
8 ___	___
9 ___	___
10 ___	___
11 ___	___
12 ___	___
13 ___	___
14 ___	___
15 ___	___
16 ___	___
17 ___	___
18 ___	___
19 ___	___
20 ___	___



NOTE ESPLICATIVE

1. Il sistema organizzativo sopra citato si basa sul **superamento di passate metodologie** (chiusure dei reparti al cingolo da PS, ricerca di pl liberi, ecc..) che avevano come conseguenza una estrema variabilità di invio dei pazienti (per numero, sesso e tipo) assolutamente non gestibile con risorse fisse, peraltro con conseguente rischio del paziente e demotivazione del personale.

Se l'offerta (numerica e temporale) dei due cingoli A e B è congrua e se viene rispettata l'**equità distributiva**, l'ottimale occupazione di un reparto ne testimonia l'**efficienza organizzativa** (rispetto degli obiettivi regionali di DM ed occupazione media per reparti di degenza analoghi).

Se l'offerta è insufficiente si dovranno analizzare dati epidemiologici, l'appropriatezza dei ricoveri, ecc... ed **individuare** le conseguenti soluzioni.



NOTE ESPLICATIVE

2. Le disponibilità giornaliere e settimanali di Posti Letto di ricovero da cruscotto per ogni singola Unità Operativa, riportate negli allegati A e B, debbono intendersi “**medie**”, ma con una deviazione standard paragonabile, in valore percentuale, a quella che si riscontra nei ricoveri di Pronto Soccorso (**variabilità** 15-20%).
3. Analogamente, l’indicazione del giorno di ricovero per quelle Unità Operative che ricevono meno di un paziente al giorno (es. 1 paz. il lunedì, mercoledì e venerdì) deve intendersi solamente **orientativa**, in quanto strumento utilizzato esclusivamente per costruire i cingoli di distribuzione A e B. Tutto ciò al fine di soddisfare quanto più possibile sia il 1° parametro (rispetto dell’equità numerica distributiva) che il 4° parametro (mission dei reparti riceventi) del punto b.



NOTE ESPLICATIVE

4. In caso di ***mancato utilizzo del posto*** letto previsto, tale posto deve essere riassegnato **quanto prima** (giorno successivo).
5. I pazienti che, dimessi di recente dall'OM-OB (compresi quelli in ADI), si ripresentano in PS con la necessità di un nuovo ricovero verranno *possibilmente inviati all'UO di dimissione* (fatto salvo però il 1° parametro del punto b).
6. I trasferimenti da area medica ad area chirurgica e viceversa, quelli da area medica ad area specialistica e viceversa, quelli da o per il reparto post-acuti, in lungodegenza ed in ADI vanno intesi come trasferimenti/dimissioni “fisiologici” e ***non devono essere “scaricati” sul cingolo di PS***. Così pure i ricoveri provenienti da attività consulenziali, anche per altri ospedali, da attività ambulatoriali, divisionale e/o di libera professione o di Day Service ecc.. devono essere inseriti nelle quote dei programmati a disposizione dei vari reparti.



NOTE ESPLICATIVE

7. La Rianimazione e la Cardiologia UTIC possono inviare complessivamente n.3 pazienti alle 3 U.O. di Med. Interna dell'OM., *secondo un **cingolo interno unico** (1 pz/settimana da RIA e 2 pz/settimana da Cardiologia)*, gestito dalla Caposala della Cardiologia.
8. Il **computo settimanale** degli accessi da Cruscotto si effettua dalle ore 8.00 del mercoledì alle ore 20.00 del martedì successivo.



NOTE ESPLICATIVE

9. I Posti Letto della Medicina d'Urgenza sono ad esclusiva disposizione del Pronto Soccorso per:
- l'inquadramento del paziente
 - l'osservazione ed il trattamento dei casi "instabili o critici"
 - l'osservazione ed il trattamento dei casi a breve degenza
 - il completo assorbimento dei ricoveri che avvengono dalle ore 20.00 alle ore 8.00
 - il trasferimento dei pazienti nei vari reparti dell'OM-OB e/o nelle Case di Cura Convenzionate.



NOTE ESPLICATIVE

10. Le Unità Operative che ricevono da Cruscotto devono impegnarsi a garantire giornalmente, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, e settimanalmente il numero di accessi concordati da Cruscotto. La cadenza di ricevimento può essere conosciuta mediante il sistema informativo Cruscotto Interno.
11. Si ricorda che ***tutte le UO possono effettuare*** i trasferimenti dei pazienti nell'Ospedale del loro Comune di Residenza (T.O.P.), secondo l'accordo con gli Ospedali della Provincia dell'area metropolitana, nel momento in cui il paziente abbia ultimato presso il Presidio OM-OB quelle procedure diagnostiche e/o terapeutiche non eseguibili presso l'Ospedale periferico. Per quanto si riferisce alla metodologia di trasferimento, si rimanda al documento TOP in oggetto.



NOTE ESPLICATIVE

12. Analogamente, per quanto si riferisce ai trasferimenti del “***cruscotto metropolitano***” si rimanda alla metodologia prevista nel documento in oggetto. Si ricorda a tal proposito che i reparti del Cruscotto Interno OM-OB possono ricevere dal Cruscotto Metropolitano pazienti che ovviamente verranno “***scaricati***” ***dal cingolo*** del PS OM-OB (vedi documento). I dati storici hanno dimostrato che questa evenienza è comunque stata saltuaria.



NOTE PROPOSITIVE

- ***Massima diffusione*** del presente documento:
 - **2 incontri all'OM e OB Dir. Medici e Caposala OM OB**
 - **Cartaceo per posta ed e-mail a tutti Dir. Medici e Caposala OM OB**
- Primo periodo di attuazione: ***monitorizzazione*** ogni 14 gg dell'efficienza del sistema organizzativo (Comm. CI)
Successivamente, a regime, riunioni a cadenza trimestrale.
- ***Accesso in tempo reale*** da parte dei Medici e delle Caposala delle U.O. coinvolte nel Cruscotto, ai dati giornalieri (Direttori UO anche settimanali e mensili) riguardanti la distribuzione dei ricoveri.
- ***Segnalazioni di non conformità*** riferite tramite e-mail ai referenti (Arienti per l'OM e Zoni per l'OB). ***Evitare non costruttive comunicazioni*** alla Direzione Medica e al Pronto Soccorso.



CRITICITA'

- ***ridotta disponibilità dei ricoveri*** di domenica e festivi
- ***trasformazione settimanale in cingolo rigido*** non tiene conto, dei giorni della settimana
- notevole ***incremento epidemiologico*** dei pazienti non autosufficienti
- ***eccessiva lunghezza dei tempi attesa*** per alcune prestazioni ai ricoverati
- ***eccessiva lunghezza dei tempi attesa*** per il trasferimento in casa di cura per lungodegenza.



CRITICITA'

Incremento afflusso (n. e tipo paz)

- ↑ n. dei ricoveri da PS e MEU (5-10% all'aa)
- ↑ cingolo Cardio-Ria
- ↑↑ epidemiologico di pazienti non autosufficienti (37/41)

Riduzione dell'offerta e vie di efflusso

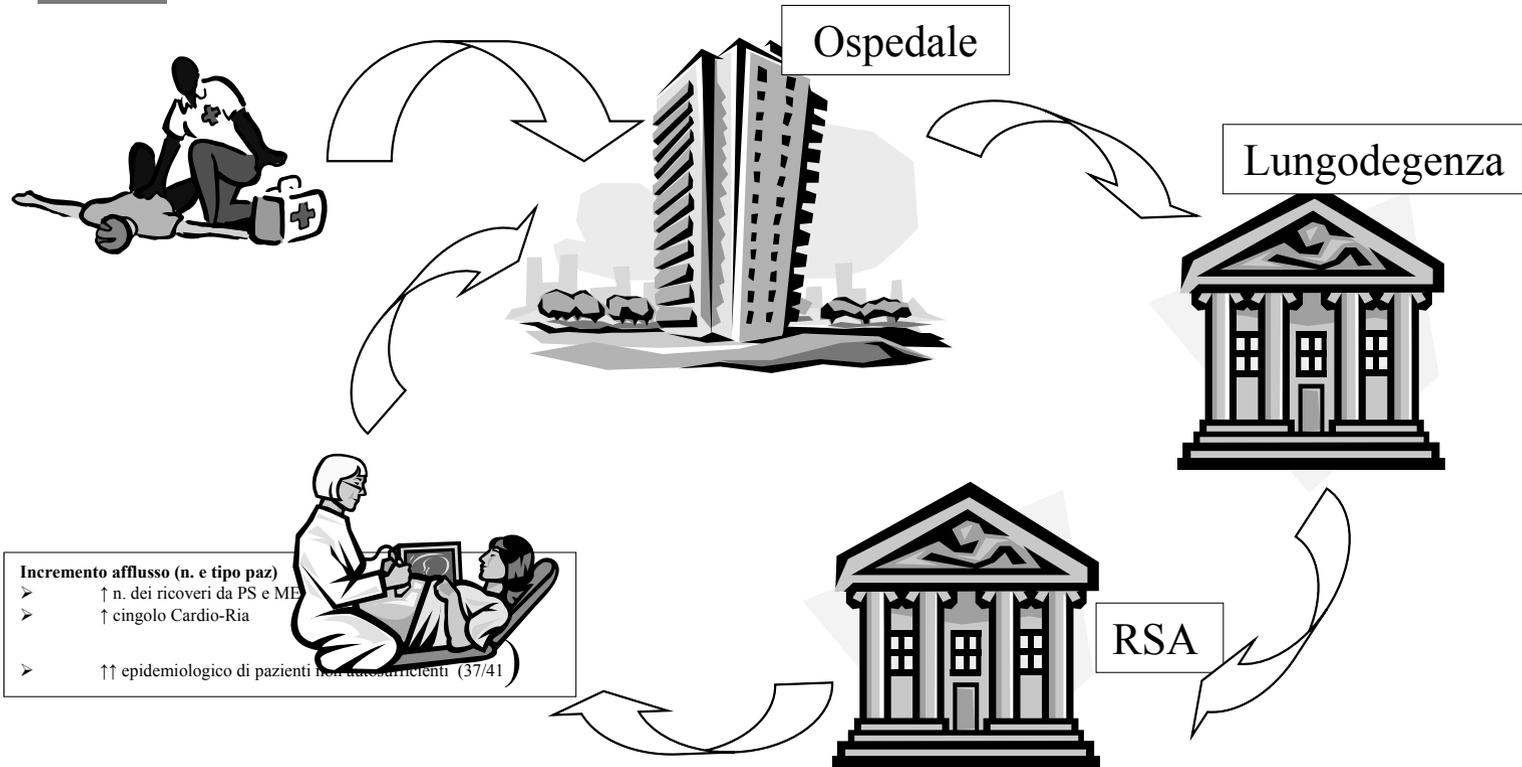
- ↓ PL 169 - 156 sett
- ↑↑ tempi attesa per lungodeg (\geq DM). Parametri (?)
- ↓ PL Bellaria dal Luglio

Limitata efficacia di meccanismi compensatori

- ↓ PACOM
- ↓ ADI
- PL in CdC Convenzionate per acuti
- Riduzione DM



CRITICITA'



“CRUSCOTTO INTERNO” AREA CENTRO OM-OB (5° Revisione, gennaio 2006)

PREMESSA. Necessità di aggiornamento in considerazione delle modificazioni logistico-organizzative aziendali e di presidio OM-OB.

FINALITÀ. Aggiornare la 4° Revisione, 6 febbraio 2002 del protocollo “Cruscotto Interno”.

METODOLOGIA. La metodologia permane invariata rispetto ai principi ispiratori del Cruscotto Metropolitano.

- A. **E' compito prioritario**, per tutte le UO che partecipano al Cruscotto Interno, assicurare a PS-MEU la disponibilità di posti letto predefiniti, in maniera sovraordinata rispetto a qualsiasi altra tipologia di ricovero (programmato, trasferimento interno., ecc). Il rispetto dell'offerta a cruscotto (come pure il maggiore o minore assorbimento) deve essere valutato quale indice prevalente degli obiettivi di Budget, degli incentivi e del risultato.
- B. **Modalità del computo delle disponibilità di Posti Letto:** si conferma la metodologia, già condivisa in questa ed altre Aziende Sanitarie, del computo del numero dei letti che ciascuna Unità Operativa mette a disposizione del “Cruscotto Interno” e quindi del Pronto Soccorso e della Medicina d'Urgenza (PS-MEU). Tale metodologia si fonda sui seguenti parametri:
 - a. numero di Posti Letto di ogni Unità Operativa;
 - b. indice di occupazione ottimale dei Posti Letto;
 - c. degenza media regionale per singola disciplina specialistica (dati storici 2002, da aggiornare nel 2006)
 - d. percentuale di partecipazione differenziata per singola disciplina specialistica (“assorbimento da cruscotto”): (“Medicina Interna e Geriatria” = 85%; altre specialità affini alla Medicina Interna “Cardiologia OM e OB; Gastro OM e OB, Neuro OM e OB, Pneumologia OB” = 70%)
- C. **Offerta settimanale di Posti Letto:** in riferimento a quanto sopra scritto si ottiene lo schema settimanale di offerta di PL (vedi allegato 1)
- D. **Modalità distributiva dei ricoveri** da Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ai vari reparti del Cruscotto Interno. Una volta definiti, in area di PS, i parametri prioritari per determinare il livello appropriato di intensità di cura (non instabile e non critico; medico o chirurgico), la modalità distributiva dei pazienti per il cruscotto (stabili e di competenza non chirurgica, vedi PAL medicina interna) deve avvenire secondo i requisiti essenziali sottoelencati. Tali requisiti, al fine di evitare carichi eccessivi, sia numerici che temporali o per sesso, devono essere considerati nel seguito ordine prioritario:
 - a. *l'equità numerica* dei pazienti da inviare alle diverse UO;
 - b. il *rispetto dell'automatismo consecutivo* nella sequenza dei ricoveri, secondo due liste predefinite, una per i maschi ed una per le femmine;
 - c. la *continuità della sequenza sopradescritta* senza limitazioni temporali (giornaliere o settimanali). Uniche eccezioni sono rappresentate da chiusure dei reparti predefinite dalla Direzione OM-OB (es: ferie, traslochi, ecc..).
 - d. *l'invio del paziente per competenza* distintiva dell'UO (per branca, medica o chirurgica, e per area, specialistica o mission).

Schema settimanale di offerta di PL (allegato 1)

Settimana dal..... al.....	Ricoveri da OM						Ricoveri da S.Orsola						Ricoveri			
	Debito			PS+MEU OM*			Debito			PS SO			AAD OB			Totale
	T	D	U	T	D	U	T	D	U	T	D	U	T	D	U	T
Cardiologia-Urbinati ff. (OB)	2	1	1				4	2	2							
Cardiologia - Di Pasquale (OM)	10	4	6													
Endocrinologia-Chiarini (OM)	2	1	1													
Gastroenterologia-D'Imperio (OB)	3	1	2				2	1	1							
Gastroenterologia-D'Imperio (OM)	9	5	4													
Neurologia-Michelucci ff. (OB)	3	2	1													
Neurologia-Saquegna (OM)	3	1	2													
Pneumologia-Falcone (OB)	8	5	3				1	0	1							
Totale Specialistiche	40	20	20				7	3	4							
Medicina interna-Zoni (OB)	12	6	6				11	5	6							
Medicina Interna-Vezzadini (OB)	3	2	1				5	3	2							
Geriatrics-Pedone (OM)	17	8	9													
Medicina Interna "B" Pedone ff. (OM)	30	15	15													
Medicina Interna C Leandri ff.(OM)	18	9	9													
Medicina Interna-A Arienti (OM)	24	12	12													
Totale Medicine	104	52	52				16	8	8							
TOTALE	144	72	72				23	11	12							

* Di cui Accessi da Ambulatorio Accesso Diretto OB (AAD OB) su cruscotto OM:

0

REGOLE E NOTE ESPLICATIVE

1. Il sistema organizzativo sopra citato si basa sul superamento di passate metodologie (accettazione dei pazienti in funzione della disponibilità dei posti letto, chiusure dei reparti al cingolo da PS-MEU, ecc..) che innescavano come conseguenza una estrema variabilità di invio dei pazienti (per numero, sesso e tipo) assolutamente non gestibile con risorse fisse. Se l'offerta del cingolo è congrua alla richiesta di ricovero (numerica e temporale) e se viene rispettata l'equità distributiva, l'ottimale occupazione di un reparto ne testimonierà l'efficienza organizzativa (rispetto degli obiettivi regionali di DM ed occupazione media per reparti di degenza analoghi). Se l'offerta di PL è insufficiente alle richieste di ricovero si dovranno analizzare i dati epidemiologici, l'appropriatezza dei ricoveri, le vie di efflusso, l'efficienza organizzativa, ecc... ed individuare le conseguenti soluzioni.
2. Le disponibilità giornaliere e settimanali di Posti Letto di ricovero da cruscotto per ogni singola Unità Operativa debbono intendersi "*medie*", ma con una deviazione standard paragonabile, in valore percentuale, a quella che si riscontra nei ricoveri di Pronto Soccorso (variabilità 15-20%).
3. Analogamente, *l'indicazione del giorno di ricovero* per quelle Unità Operative che ricevono meno di un paziente al giorno (es. 1 paz. il lunedì, mercoledì e venerdì) deve intendersi *orientativa*, in quanto strumento utilizzato esclusivamente per costruire il cingolo di distribuzione. Tutto ciò al fine di soddisfare quanto più possibile l'ordine prioritario dei parametri indicati.
4. In caso di *mancato utilizzo del posto letto* previsto, tale posto deve essere riassegnato quanto prima (giorno successivo).
5. I trasferimenti da area medica ad area chirurgica e viceversa, quelli da area medica ad area specialistica e viceversa, quelli da o per il reparto post-acute, in lungodegenza ed in ADI vanno intesi come trasferimenti/dimissioni "fisiologici" e *non devono essere scaricati sul cingolo di PS*.
6. I ricoveri provenienti da attività consulenziali, anche per altri Ospedali, da attività ambulatoriali, divisionale e/o di libera professione o di Day Service ecc.. devono essere inseriti nelle quote dei programmati a disposizione dei vari reparti e *non devono essere scaricati sul cingolo di PS*.
7. La Rianimazione e la Cardiologia UTIC possono inviare complessivamente n.3 pazienti settimanali alle 3 U.O. di Med. Interna dell'OM., *secondo un cingolo interno unico (1 pz/settimana da RIA e 2 pz/settimana da Cardiologia)*, gestito dalla Caposala della Cardiologia.
8. Il computo settimanale degli accessi da Cruscotto si effettua dalle ore 8.00 del mercoledì alle ore 20.00 del Martedì successivo.
9. I Posti Letto della Medicina d'Urgenza sono ad esclusiva disposizione del Pronto Soccorso per necessità di inquadramento del paziente, per l'osservazione ed il trattamento dei casi "instabili o critici" o per quelli a degenza "breve", e per il completo assorbimento dei ricoveri che avvengono dalle ore 20.00 alle ore 8.00;
10. Le Unità Operative che ricevono da Cruscotto devono impegnarsi a garantire giornalmente (dalle ore 8.00 alle ore 20.00) e settimanalmente il numero di accessi predefiniti a Cruscotto. La cadenza di ricevimento, come pure eventuali scostamenti epidemiologici fisiologici (circa 10-15%) e/o il rispetto dell'equità distributiva, possono essere conosciute in tempo reale, mediante la consultazione del sistema informativo Cruscotto Interno.
11. Tutte le UO possono effettuare i trasferimenti dei pazienti nell'Ospedale del loro Comune di Residenza (T.O.P.), secondo l'accordo con gli Ospedali della Provincia dell'area metropolitana, nel momento in cui il paziente abbia ultimato presso il Presidio OM-OB quelle procedure diagnostiche e/o terapeutiche non eseguibili presso l'Ospedale periferico. Per quanto si riferisce alla metodologia di trasferimento, si rimanda al documento TOP in oggetto.

AZIONI E RESPONSABILITA'

1. Commissione Cruscotto Interno:
 - Verificare il corretto funzionamento del sistema ed in particolare dell'applicazione di tutti i punti sotto descritti
 - Intervenire sui singoli responsabili per individuare e sollecitare le eventuali azioni correttive
 - Ricevere ed analizzare le segnalazioni di non conformità (indirizzo di posta elettronica a: cruscottointerno@ausl.bologna.it)
 - Valutare la coerenza con i principi ispiratori del cruscotto di protocolli e/o linee guida assistenziali di specifiche patologie su percorsi in cui sia previsto il ricovero da PS-MEU, inviate alla Commissione.
 - Assicurare la conoscenza e la trasparenza in tempo reale dei dati giornalieri, mediante la disponibilità del software gestionale, per tutto il personale medico, infermieristico ed amministrativo coinvolto nell'applicazione dello strumento cruscotto
 - Offrire la massima diffusione dei documenti e delle regole, attraverso intranet, riunioni inter e intradipartimentali, formazione ed ECM, audit clinici.
2. Dipartimenti con Unità Operative coinvolte nel Cruscotto:
 - Garantire che queste assicurino a PS-MEU la disponibilità di posti letto predefiniti, in maniera sovraordinata rispetto a qualsiasi altra tipologia di ricovero (programmato, trasferimento interno., ecc).
 - Inviare alla Commissione Cruscotto, per la sopracitata valutazione, i protocolli assistenziali che impattano sui ricoveri da PS-MEU
3. Gruppo Pilotaggio Ospedaliero. Definire ed aggiornare:
 - i. l'offerta del numero complessivo di posti letto a cruscotto in funzione anche delle variazioni epidemiologiche stagionali degli accessi e di quelle della tipologia dei pazienti (livello di autosufficienza):
 - ii. le U.O. coinvolte nel cruscotto
4. Dipartimento Igienico Organizzativo:
 - Determinare la percentuale di partecipazione di ogni UO ed il conteggio del numero di posti letto messi a disposizione da parte di ogni UO;
 - Definire ed aggiornare eventuali modificazioni temporanee del cingolo per ferie, trasferimenti di reparti o eventi eccezionali;
 - Mantenere attivo il rapporto con Direzione Medica Azienda Policlinico S.Orsola-Malpighi, finalizzato al rispetto degli impegni presi per gli accessi da PS del S.Orsola –Malpighi;
 - Presidiare il corretto funzionamento dei meccanismi che influiscono sulla degenza media e sulle dimissioni dalle UO (prestazioni critiche per pazienti ricoverati, trasferimenti in reparti Post Acuti e/o lungodegenza non superiore alle 24-48, trasferimento in ADI, ecc...)
5. SAGTIR:
 - Assicurare il funzionamento continuativo del software di gestione del cruscotto
 - Intervenire prontamente in caso di interruzione improvvisa del servizio
 - Apportare le eventuali modifiche al software e/o all'invio dei pazienti, solo a seguito di disposizioni scritte della Direzione del Presidio Ospedaliero.
6. U.O. PS-MEU:
 - Monitorare l'appropriatezza dei ricoveri, l'appropriatezza di invio ai reparti secondo i differenti livelli di intensità di cura
 - Monitorare l'applicazione dello strumento di cingolo del cruscotto (parametri prioritari: equità numerica ed automatismo consecutivo, ecc)
7. Unità Operative: tutte le UO che partecipano al cruscotto di assicurare a PS-MEU la disponibilità di posti letto predefiniti, in maniera sovraordinata rispetto a qualsiasi altra tipologia di ricovero (programmato, trasferimento interno o proveniente da di DH/DS od attività ambulatoriali).

CRITICITA' ED INTERVENTI PRIORITARI

Dalle analisi dei dati del Cruscotto 2004 e 2005, considerate anche le storiche e ricorrenti variazioni stagionali (epidemie influenzali, ecc.), si è più volte evidenziato che:

- **L'offerta di PL è inferiore alle necessità** di circa il 20-30% in meno (riduzione delle disponibilità: -23 PL al PS S.Orsola e -20 PL reparto "Polmone" OB)
- **L'equità distributiva è poco rispettata:** ciò anche in conseguenza del domicilio del paziente. Effetti del mancato rispetto dell'equità distributiva possono ripercuotersi in maniera negativa sull'appropriatezza sia dell'intensità di cura che del tipo di patologia.

Su tali elementi il Pilotaggio Ospedaliero e la Commissione Cruscotto dovranno intervenire quanto prima per le opportune decisioni e modifiche.

Proposta d'incremento delle disponibilità del “cruscotto interno” dell'area centro (Ospedali Maggiore-Bellaria) dell'Azienda USL di Bologna

PREMESSE. Con il termine “Cruscotto Interno” s'intende l'organizzazione che presiede alla distribuzione dei ricoveri ospedalieri, di tipo medico (paziente stabile, non critico e non chirurgico), da Pronto Soccorso e/o da Medicina d'Urgenza ai reparti di area medica, internistica o specialistica. Tale organizzazione si basa su alcuni dei principi ispiratori condivisi del Cruscotto Metropolitano (vedi documento Cruscotto Interno 5° revisione).

VANTAGGI. L'adozione del cruscotto ha rappresentato il superamento di logiche e di errori organizzativi del passato e ha innescato una serie di vantaggi:

- il numero o la gestione dei posti letto di un reparto non rappresenta più un parametro di importanza o di potere ma un'area di degenza al servizio dei cittadini che necessitano del ricovero ospedaliero;
- il carico di lavoro di un reparto non è più funzione di numerose variabili ma è stabilito a priori secondo parametri di massima efficienza (degenza media, indice di occupazione, ...) e secondo criteri di equità di capacità di assorbimento (n. posti letto, % di posti letto riservati ai ricoveri programmati, generati da consulenze e/o attività ambulatoriali e/o altro);
- tutti gli operatori di un reparto coinvolto nel cruscotto sono, oggi, impegnati ad assicurare a PS-MEU la disponibilità di posti letto predefiniti, in maniera sovraordinata rispetto ai ricoveri programmati, trasferimenti interni, ecc...;
- della eventuale presenza di letti in sovrannumero e/o in “corridoio” può, oggi, secondo le analisi desunte dal cruscotto, esserne individuata la causa (carico eccessivo, scarsa efficienza, errori organizzativi, ecc..) e quindi possono essere adottati appropriati correttivi;
- ha permesso di superare la vecchia logica delle chiusure “alternanti” dei reparti, con conseguenti punte cicliche di sovraccarico, il tutto in una totale assenza di strumenti di controllo sia sul numero che sulla tipologia dei ricoveri attuati;
- assicurare la conoscenza e la trasparenza in tempo reale dei dati giornalieri relativi ai ricoveri, mediante la disponibilità del software gestionale, per tutto il personale medico, infermieristico ed amministrativo coinvolto nell'applicazione dello strumento cruscotto

LIMITI. Il cruscotto, proprio in considerazione dei suoi vantaggi e caratteristiche (ovvero del fatto di essere un sistema che stabilisce a priori il numero ottimale dei ricoveri per un determinato reparto secondo parametri di massima efficienza operativa ed organizzativa) consente elementi di flessibilità sia dei carichi di lavoro che delle risorse estremamente limitati. Tali parametri, dati i presupposti, non possono pertanto essere variati senza innescare eccedenze nei carichi di lavoro tali per cui si generino rischi sia per i pazienti e sia per il personale oltre a profonda demotivazione in un personale, medico ed infermieristico, già così impegnato in modo ottimale.

COSA NON E' IL CRUSCOTTO. Da quanto sopra esposto ben si comprende che il cruscotto non è un sistema che genera posti letto né tanto meno è un sistema che entra nel merito dell'appropriatezza dei ricoveri (intesi sia come ammissione o dimissione da PS che come appropriatezza di invio ai reparti secondo branca, medica o chirurgica, o intensità di cura, es. rianimazione, terapie intensive, ecc..).

CRITICITA' ED INTERVENTI PRIORITARI: Dalle analisi dei dati del Cruscotto degli anni passati (2004-2005) sono state più volte evidenziate due macroscopiche criticità che necessitano urgenti correttivi:

- l'offerta del numero di ricoveri settimanali a cruscotto è inferiore alle richieste di circa il 20-30% in meno a seconda delle variazioni epidemiologiche stagionali (vedi Fig.re Anni 2005 e 2006). Rispetto al passato vi è stata una rilevante riduzione delle disponibilità di posti letto a cruscotto: -43 PL, di cui -23 PL al PS S.Orsola e -20 PL reparto “Polmone” OB.
- l'equità distributiva è stata poco rispettata con conseguente ulteriore aggravio della criticità di lavoro per i reparti che si sono fatti carico di tutta l'eccedenza dei ricoveri. Tale criticità particolarmente presente negli ultimi mesi del 2005 e andata poi progressivamente riducendosi fino a completa risoluzione nei primi mesi del 2006 (vedi Fig.re Anni 2005 e 2006).

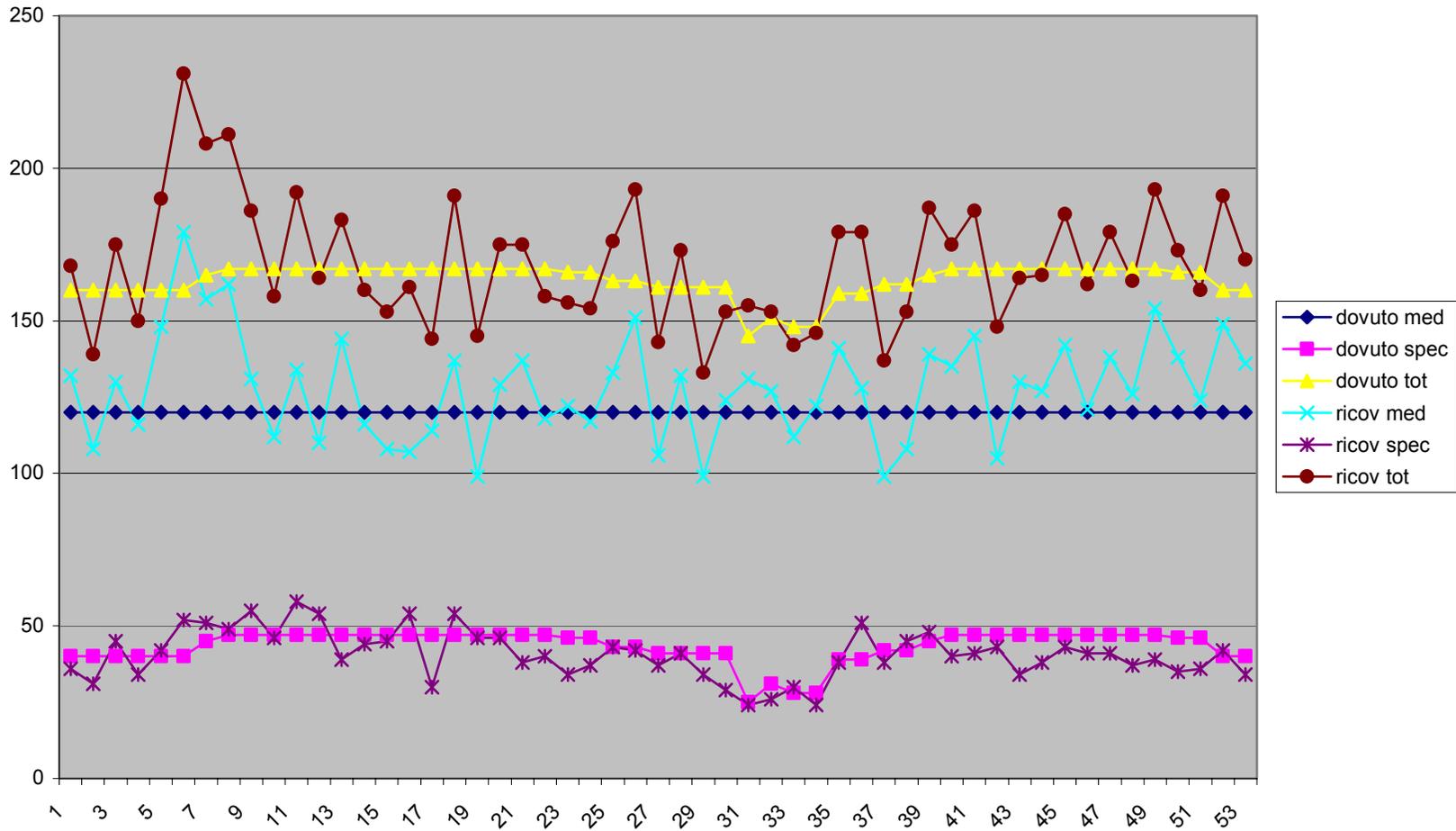
Sul primo elemento pertanto, che costituisce al momento la maggiore criticità, la Commissione Cruscotto ha fornito al Pilotaggio Ospedaliero tutti gli elementi di valutazione per intervenire rapidamente con le opportune azioni.

I dati riportati nelle figure 2005 e 2006 indicano in modo chiaro ed incontestabile le azioni che devono essere intraprese:

1) aumento della disponibilità degli accessi a Cruscotto appropriata in senso numerico, generale e assoluto, tenendo conto delle variazioni epidemiologiche stagionali (+ 10 annuale, + 15 semestrale; + 20 quadrimestrale; + 40 mensile)

2) aumento della disponibilità degli accessi a Cruscotto appropriata in senso specifico dell'area che va potenziata (la parziale storica diseguità di carico è stato quasi costantemente ed esclusivamente sostenuto dall'area medica, pertanto è tale area che va rinforzata)

Anno 2005



Anno 2006 (dal 28-12-2005 al 28-03-2006)

