

Covid-19 e Nucleo Bed Management dell'ULSS 8 Berica: un'esperienza... d'impatto!

R. Fabrello MD¹, M. Bortoluzzi RN Coord¹, M. Magalotti RN¹, M. Barausse RN¹, E. Sgnaolin MD², A. Bernardi SW¹, E. Muraro SW¹, M.C. Baldinato Adm¹ R. Cazzaro MD³

¹ Nucleo Bed Management, ² Cure Primarie, ³ Direzione Medica

Nella logica dell'integrazione tra la rete ospedaliera e i servizi di offerta territoriale, nel febbraio 2020 l'ULSS 8 Berica di Vicenza ha avviato l'implementazione di un nuovo modello organizzativo con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale e i setting appropriati ai bisogni di salute dei pazienti nonché il governo dei flussi in ambito ospedaliero. Valutati i modelli presenti in Letteratura, le indicazioni della Regione Veneto, l'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2019 ed il contesto locale, con nota prot. n° 28009 del 18/12/2019 del Direttore Generale è stato istituito il Nucleo "Bed Management-Strutture Intermedie" (NBM-SI) che è stato operativamente avviato il 03/02/2020.

E' costituito da: 1 Amministrativo, 2 Assistenti Sociali, 2 Infermieri, 1 Coordinatore di Nucleo 1 Medico Cure Primarie, 1 Medico Geriatra Responsabile del Nucleo e Selezionatore per le Strutture Intermedie

La comparsa subito dopo l'avvio del Nucleo della pandemia dovuta all'infezione da coronavirus (covid-19) ha in gran parte mutato l'iniziale "orizzonte e mission d'intervento" del nucleo stesso chiamato così a confrontarsi con l'emergenza sanitaria e organizzativa. Il NBM si è preso carico anche della gestione delle transizioni intraospedaliere dei pazienti covid positivi in relazione alla individuale evoluzione clinica, con particolare riferimento alle problematiche sì sanitarie ma anche sociali di pazienti solitamente in età geriatrica. Si è attivato un file-registro di raccolta dati sulla gestione dei flussi.

RISULTATI:

Nel corso dei primi tre mesi di attività il Nucleo ha gestito:

	Febbr. 2020 N°	Marzo 2020 N°	Aprile 2020 N°	Figure coinvolte
Dimissione protetta a domicilio (no covid)	123	157 (20 sociali)	142 (20 sociali)	Inf, AS, Amm
Transizione intra Unità Operative	30	138	151	Coord. Resp.
Di cui pazienti covid +	--	102	64	Coordinatore
Dimissioni a domicilio (pz covid +)	--	33	57	Coordinatore
Setting dimissionali in altre ULSS	7	10	-	Coord., Resp.
Richiesta struttura intermedia (OdC e URT) (no covid)	97	68	30	Resp., Fisiatra,
Compilazione Scheda valutazione multidimensionale (SVaMA)	47	32	21	MCP, Amm, Inf
Ricovero temporaneo di emerg. in Centro Servizi (covid-)	27	11	3	MCP, AS
Monitoraggio percorso residenzialità	4	4	6	AS, Resp.
Consulenza sociale	2	3	4	AS

Segretariato (spt telefonate in entrata)	Varie	Varie	nd	Varie
Varie (segnalazione da ADI, da MMG, AA.SS. ecc)	13	7	4	Inf AS
Totale	350	424	482	

Legenda

Amm: Amministrativo, AS: Assistente Sociale, Inf: infermiere,
 Coord: Coordinatore NBM MCP: Medico Cure Primarie;
 OdC: Ospedale di Comunità URT: Unità Riabilitativa Territoriale SI: Strutture Intermedie
 Resp: Responsabile Bed Management-Strutture Intermedie

DISCUSSIONE: Dal momento che il Nucleo Bed Management è chiamato a facilitare il governo dei percorsi del paziente, una funzione della Direzione Aziendale tesa ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra le diverse aree produttive ed i diversi percorsi diagnostici, fin da subito si è attivato occupandosi:

- delle dimissioni difficili/protette sia a domicilio che nelle strutture intermedie o nelle strutture residenziali territoriali;
- dei trasferimenti tra reparti/setting giustificati da variazione clinica del paziente;
- del confronto, in casi selezionati e specifici, con le risorse disponibili nel territorio (telesoccorso, contributi economici, riconoscimento invalidità civile...).

Nella gestione dei casi, in grande predominanza geriatrici, molto spesso sono coinvolte più figure professionali ed Enti che devono lavorare in sinergia o, dove richiesto, in successione e/o in più momenti. I tempi impiegati, per singolo processo avviato, sono risultati diversi (da 30' a 3-4 ore) per la tipologia di intervento e per implicazioni socio-sanitarie.

Quotidianamente viene effettuato dalla Coordinatrice e Responsabile di Nucleo il monitoraggio della saturazione dei posti letto di ogni singola UO da cui è partita prioritariamente la determinazione e la pianificazione dell'intervento del giorno.

Parallelamente le Infermiere hanno curato le dimissioni protette a domicilio facendosi mediatrici con i Medici Curanti e i Servizi Territoriali delle necessità clinico-assistenziali e gestendo le tempistiche della fornitura dei presidi e degli ausili. Le Assistenti Sociali hanno curato le segnalazioni di casi con aspetti di fragilità o complessità sociale attraverso l'attivazione dei preposti Enti e Servizi Territoriali, monitorato i percorsi di residenzialità presso Centri Servizi e offrendo segretariato e consulenza sociale agli operatori ospedalieri ed ai familiari del paziente.

Il Medico di Cure Primarie ha curato l'inserimento in strutture residenziali socio-sanitarie sia temporaneo (con provenienza prevalente da Pronto Soccorso) che definitivo (specialmente su richiesta del Distretto per i pazienti ricoverati).

L'avvento dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da covid-19 ha fortemente modificato questa impostazione lavorativa e organizzativa: si è assistito ad una progressiva riduzione dei ricoveri ospedalieri no-covid con sospensione da parte delle UU.OO. dell'attività ambulatoriale, dei ricoveri e interventi non urgenti. Questo ha richiesto da parte del NBM ulteriore riorganizzazione funzionale di adattamento all'evoluzione delle incalzanti richieste di intervento nel rispetto delle indicazioni nazionali, regionali e locali per dare adeguata riposta.

L'attenzione è stata posta sulle UUOO tramutate in parte in area di degenza di pazienti affetti da covid-19: la risorsa posto-letto è diventata strategica per garantire sempre, tanto in entrata quanto in uscita, i giusti setting e percorsi assistenziali al paziente.

Si è così preso in carico il paziente positivo non necessitante di terapia intensiva fin dall'uscita dal Pronto Soccorso e in tutte le fasi di transizione tra "reparti covid", fossero da Malattie Infettive o da/per altra Unità Operativa (nell'ULSS 8 Berica Pneumologia, Geriatria, Medicina di Vicenza, di Noventa e di Valdagno).

Si è vista la necessità di sviluppare uno strumento per migliorare il "*patient-flow*" con l'intento di decomprimere i reparti e fare da intermediario con il territorio, individuando la giusta tempistica per il flusso dei malati.

La "complessità assistenziale e sintomatologica", la tempistica e la "valutazione quarantena" sono state dei criteri di scelta del luogo di proseguo cure, considerando che l'UO di Rianimazione covid è locata a Vicenza.

Si è rinforzato con personale aggiuntivo la "*squadra trasferimenti*" per favorire la transizione del paziente da un reparto covid all'altro in rapporto alla singola e individuale condizione clinico-sintomatologica. Per un periodo limitato di tempo è stato utilizzato personale proveniente da più reparti per ricercare la copertura quotidiana più ampia possibile, sette giorni su sette. I trasferimenti a mezzo ambulanza, prenotata via telefonica, sono sempre avvenuti con automezzo dedicato.

Si è attivato un percorso di ripresa delle capacità quotidiane per pazienti covid-negativizzati ma gravati da perdita/riduzione delle capacità funzionali con la collaborazione di due locali Case di Cura convenzionate.

Per i pazienti covid negativi, sono state condivise con i Servizi territoriali, con i Medici di Assistenza Primaria e con le Strutture Intermedie, modalità di trasferimento in sicurezza, anche in ottemperanza alle disposizioni ministeriali.

I nuovi inserimenti presso i Centri Servizi Residenziali per Anziani sono stati fortemente limitati in molti casi fino alla chiusura completa. Ogni Centro è stato chiamato a organizzarsi reperendo un'area di accoglienza "in quarantena" di 14 giorni dove ospitare i nuovi pazienti seppur asintomatici e negativi al tampone nasofaringeo, a scopo preventivo e cautelativo.

In caso di dimissione a domicilio, importanza è data alla valutazione del paziente assicurandosi che il setting familiare sia predisposto per favorire un isolamento fiduciario corretto e, tramite mail, venivano trasmessi i dati dei pazienti al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP); è stato altresì stilato elenco informatizzato per mantenere la tracciabilità dei nominativi dei pazienti dimessi.

CONCLUSIONI:

- Fin dall'avvio il servizio è stato chiamato a dare risposte di qualità e in tempi rapidi ai casi proposti dalle UUOO, attivando processi percorribili verso domicilio o verso Strutture Intermedie (OdC/URT).
- Risultano rilevanti problematiche con componente sociale che devono essere intercettate e gestite quanto prima, stimolando quindi l'intervento precoce delle diverse figure operanti nel Nucleo;
- Molto si è cercato di investire nella relazione collaborativa con le singole Unità Operative d'interazione.
- I passaggi di consegne e prese in carico reciproche con il Distretto e MMG devono essere puntuali e precise: ciò favorisce il rientro a domicilio più diretto, sicuro e confortevole

- E' utile intrecciare la giusta tempistica della prescrizione di eventuali ausili in rapporto ai tempi di consegna dell'ausilio stesso;
- La revisione organizzativa richiesta dalla pandemia covid-19 a tutto l'ospedale si è trasferita anche al Servizio stesso che ha reagito con nuovi impulsi anch'essi ri-organizzativi;
- Il Nucleo ha cercato la massima collaborante possibile con le UUOO nelle transizioni dei pazienti tra aree covid+ o a domicilio facendosi carico anche dell'organizzazione del trasferimento a mezzo ambulanza.
- L'Ospedale di Comunità e l'Unità Riabilitativa Territoriale dell'IPAB Sandrigo, convenzionata con l'ULSS 8 Berica, attuando tutte le indicazioni ministeriali, regionali e locali, ha continuato l'accoglienza di pazienti covid- necessitanti di ulteriore stabilizzazione clinica/riattivazione provenienti dall'Ospedale favorendone il deflusso.
- Ci si è trovati di fronte a delle condizioni inedite, non solo connesse all'autosufficienza della persona o in alternativa alla presenza o meno del caregiver, ma si sono dovuti affrontare anche quei nuovi intrecci della necessità assistenziale fornita a/da persone covid+/- e questo ha generato criticità che hanno richiesto elaborazioni strategiche personalizzate.
- In caso di dimissione a domicilio, importante è stata la valutazione del paziente assicurandosi che il setting familiare fosse predisposto a favorire un eventuale isolamento fiduciario corretto e, il passaggio delle informazioni necessarie al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e al Curante.
- Può essere utile incrociare precisamente la qualità con l'effettivo esito nel tempo del Servizio, cosa ancor più valida a emergenza superata;
- Una revisione sistematica e periodica permette riflessioni operative di miglioramento dell'efficacia ed efficienza del Servizio.