

Studio Regionale sui pazienti bed-blocker: i risultati

(Dimissioni ritardate nelle unità operative di
Medicina Generale, Chirurgia Generale,
ortopedia-Traumatologia, Geriatria,
LPARE della RER)

M.Mongardi, E. Toschi, M.Vizioli, MP. Fantini, J. Lenzi, C. Randazzo, E. Di Ruscio

Il termine “**bed-blocker**” è stato introdotto nel Regno Unito negli anni Cinquanta e in letteratura solo nella metà degli anni Settanta, per indicare quei pazienti che, una volta terminato il percorso diagnostico-terapeutico, continuano ad occupare un posto letto per acuti, spesso in attesa di una sistemazione alternativa. (Rubin et al.1975)

Agli inizi degli anni Novanta gli economisti sanitari iniziarono ad usare il termine bed-blocking come esempio di fallimento dell’efficienza ospedaliera, e proprio per questo successivamente si decise di adottare un termine più politically correct: “**delayed discharge**”.
(Bryan et al.2006)

Con tale definizione si sottolinea il fatto che non sono i pazienti a “bloccare” i posti letto in modo inappropriato, ma è la struttura a non predisporre un adeguato percorso di continuità assistenziale (le modalità per il proseguimento delle cure non sono state finalizzate).



Anno 2000

HEALTH policy

Measuring appropriate use of acute beds
A systematic review of methods and results

Marian S. McDonagh^{a,*}, David H. Smith^{b,c},
Maria Goddard^d

^a Centre for Reviews and Dissemination, University of York, Heslington, York, YO10 5DD, UK

^b Centre for Health Economics, University of York, York, UK

^c Department of Pharmacy, University of Washington, Seattle, WA, USA

^d Centre for Health Economics, University of York, York, UK

Received 24 December 1999; accepted 24 April 2000

PAPERS

From bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept

Health Services Management Research 2010; 23: 121–127. DOI: 10.1258/hsmr.2009.009026

Ana Manzano-Santaella

School of Sociology & Social Policy, University of Leeds, Leeds, UK

E-mail: manzano.santaella@gmail.com

Anno 2010

Anno 2007

Organisation and features of hospital, intermediate care and social services in English sites with low rates of delayed discharge

Matt Baumann MSc¹, Sherrill Evans PhD², Margaret Perkins MSc MA³, Lesley Curtis HND⁴, Ann Netten PhD⁴, Jose-Luis Fernandez PhD³ and Peter Huxley PhD²

¹Social Work and Social Care Section, Health Services Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, London, ²Centre for Social Carework Research, University of Wales, Swansea, ³Personal Social Services Research Unit, Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, London and ⁴Personal and Social Services Research Unit (Kent), University of Kent, Canterbury, UK



AUDIT

A waiting list to go home: an analysis of delayed discharges from surgical beds

RT BENSON, JC DREW, RB GALLAND

Anno 2006

Department of Surgery, Royal Berkshire Hospital, Reading, UK

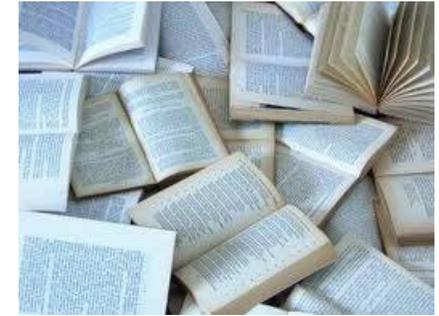


Long-stay inpatients in short-term emergency units in France: A case study[☆]

Yannis Gansel^{a,*}, François Danet^b, Catherine Rauscher^c

^aPsychopathologie de l'enfant, Hôpital Femme Mère Enfant, Groupement Hospitalier Est, 59 boulevard Pinel, 69677 Bron, France
^bSanté Individu Société, EA 4129, Université de Lyon, France
^cCentre Hospitalier le Vinatier, Bron, France

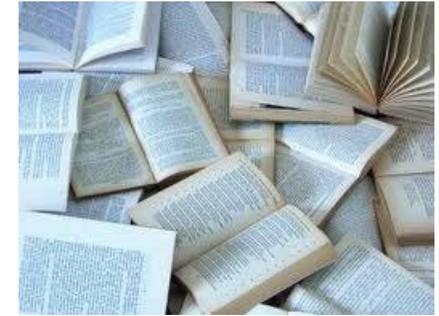
Anno 2010



Entità del problema B.B.: alcuni studi

- 4,8% (*Rubin, 1975*)
- 27% medicina, 43% geriatria, 6% chirurgia: la % di bb varia in base alla specialità (*Victor, 1990*)
- 20% in chir., 15% in ortopedia, nel 1992: n°1491/30000 pl (*Styrborn, 1993*)
- 1/5 dei pl. occupati da over 65 erano “B.B.” (*Scott, 2000*)
- 27% ha avuto un ritardo della dimissione di + di 3gg (*Victor, 2000*)
- > 20% uso improprio pl per acuti (*Mc Donagh, 2000*)
- 12% paz. chirurgici sono andati incontro a dimissione ritardata (*Benson, 2006*)
- 3111 paz. su 80 ospedali, *il ritardo medio era di 16,7 gg* (*Falcone, 1991*)

Alcune caratteristiche dei pazienti “B.B.” e fattori predittivi



- Soprattutto donne (Rubin e Davies, 1975; Seymour e Pringle, 1982)
- \geq anziani (Rubin e Davies, 1975; Falcone et al, 1991)
- Vive solo (Epps, 2004)
- Richiede un'assistenza impegnativa, ma non per acuti (Falcone et al, 1991)
- Manca il supporto familiare (Falcone et al, 1991)
- Necessità di una struttura residenziale (Victor, 1990)
- Presenza di comorbidità e minor salute generale (Epps, 2004; Benson et al., 2006; Kumar et al. 2009)
- Presenza di problemi cognitivi, alti livelli di dipendenza nelle ADL (Kumar et al. 2009)

Quesiti di studio/Obiettivi

Lo studio intendeva dare risposta ai seguenti quesiti:

- Il fenomeno dei **Bed Blockers** è presente nella nostra Regione e con quali dimensioni?
- Quali sono le **caratteristiche dei pazienti** definiti come “Bed Blockers” ?
- Per quanto tempo i **pazienti**, durante la degenza, sono definiti “Bed Blockers”?
- Quali sono le **principali cause** che determinano una dimissione ritardata?
- Qual è il **percorso del paziente** alla cessazione dello stato di Bed Blocker?

Metodologia

Nelle u.o. oggetto di studio è stato osservato l'evento Bed Blockers (B.B.) al tempo 0 e i nuovi casi di "B.B." per 14 giorni consecutivi nel mese di maggio 2011, producendo indicatori di prevalenza puntuale e tasso di incidenza.

Popolazione studiata

- Tutti i pazienti (residenti e non residenti) ricoverati in regime di ricovero ordinario nelle u.o. di :
Chir. Generale, Medicina generale, Ortopedia/traum., Geriatria, LPARE
- Periodo dello studio (dal 1 maggio al 30 maggio 2011)
- Ogni paz. B.B.(nuovo caso) è stato osservato fino ad un max di 14gg.

Strumenti

La definizione di caso, scelta per lo studio, è quella di Bryan (2006) :

Un **paziente** viene definito “Bed Blocker” quando si considera, dal punto di vista medico pronto per la dimissione (*sta abbastanza bene*) ma che non può lasciare l’ospedale perché non è stato predisposto un percorso di continuità assistenziale.

Strumenti

Scheda unità operativa, informazioni raccolte:

- informazioni relative all'Azienda Sanitaria, alla disciplina e alla data
- N. P.L. occupati (alle h. 13) nel giorno dello studio di prevalenza (giorno 0)
- N. P.L. occupati (alle h. 13) nei giorni da 1 a 14
- N. totale dei B.B. presenti nell'u.o. nel giorno 0
- N. totale dei B.B. presenti nell'u.o. nel giorno 0 nei giorni da 1 a 14

La scheda di rilevazione paziente comprendeva due sezioni:

- ***la prima*** ha esplorato l'ADL, il livello di autosufficienza del paziente "Bed Blocker" (da rilevare solo il primo giorno) e le motivazioni CAUSA dello stato di "Bed Blockers"
- ***la seconda*** ha esplorato il percorso del paziente allo stato di cessazione di "Bed Blocker", la data di cessazione e la corrispondente modalità di cessazione

Ogni u.o. aveva un medico e un infermiere referenti dello studio che hanno frequentato un evento formativo per la conduzione dello studio.

Risultati

Entità dell'evento Bed Blocker

- Al giorno 0 erano presenti 6325 pazienti ricoverati nelle u.o. partecipanti: 522 erano B.B.
- Nei successivi 14 giorni di rilevazione sono stati individuati 988 nuovi casi B.  Totale B.B. N. 1510



- **Prevalenza puntuale** 8,1%
- **Prevalenza periodale media nei 14 gg.** 8,4%
- **Tasso di incidenza** 12,3 x 1000 gg.degenza

Popolazione

256 unità operative e 1510 bed blocker così suddivisi:

	Unità operativa					Totale
	Chirurgia generale	Geriatria	LPARE	Medicina generale	Ortopedia/Traum.	
N. unità operative investigate	50	18	64	84	40	256
N bed blockers al “giorno 0”	31	35	199	169	88	522
N bed blockers “nuovi casi”	69	99	221	424	175	988

Prevalenza periodale e Tasso di incidenza nei 14 gg/1000 giornate degenza

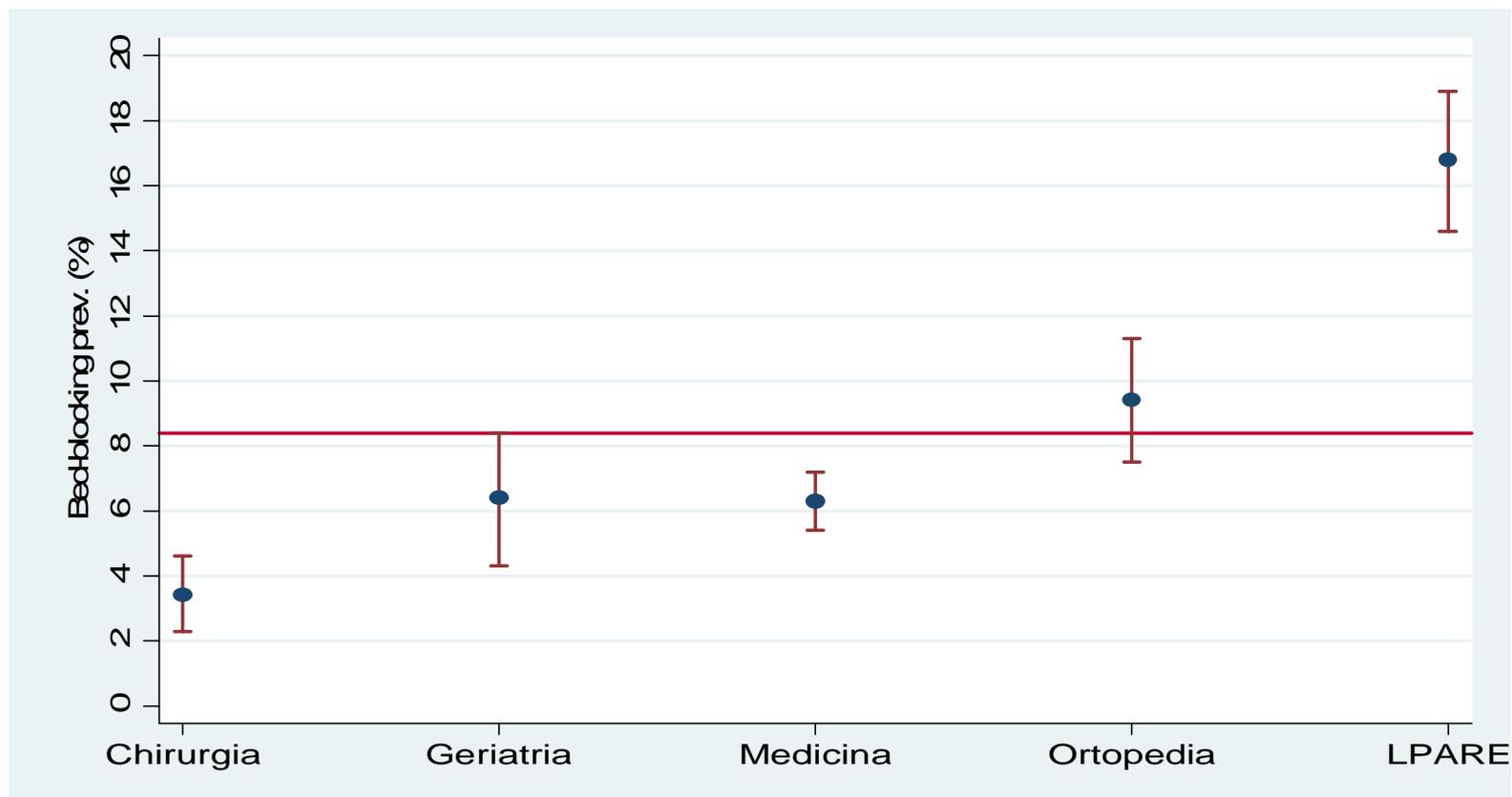
	Disciplina dell'unità operativa					Totale
	Chirurgia generale	Geriatrics	LPARE	Medicina generale	Ortopedia/Traum.	
Prevalenza periodale (%) (95% CI)	3,4 (2,3-4,6)	6,4 (4,3-8,4)	16,8 (14,6-18,9)	6,3 (5,4-7,2)	9,4 (7,5-11,3)	8,4 (7,7-9,0)
Tasso di incidenza nei 14 giorni per (%) gg. degenza (95% CI)	5,8 (4,5-7,4)	13,8 (11,2-16,8)	15,6 (13,6-17,8)	12,1 (11,0-13,3)	14,5 (12,5-16,8)	12,3 (11,5-13,1)

Risultati - Caratteristiche pazienti BB.

Studio di prevalenza puntuale

	Unità Operativa					Totale
	Chirurgia generale	Geriatria	LPARE	Medicina generale	Ortopedia/ Traumatologia	
	N.31(%)	N. 35(%)	N. 199 (%)	N. 169 (%)	N. 88 (%)	N. 522 (%)
Maschi (%)	12 (40)	18 (53)	88 (44)	72 (44)	22 (25)	212 (41)
Età media	74,1	84,4	77,4	79,2	78,1	78,4
Vive solo (%)	9 (35)	5 (14)	63 (32)	32 (20)	27 (33)	136 (27)
ADL mediano (IQ)	3 (1-5)	0 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-4)	2 (1-4)	1 (0-3)

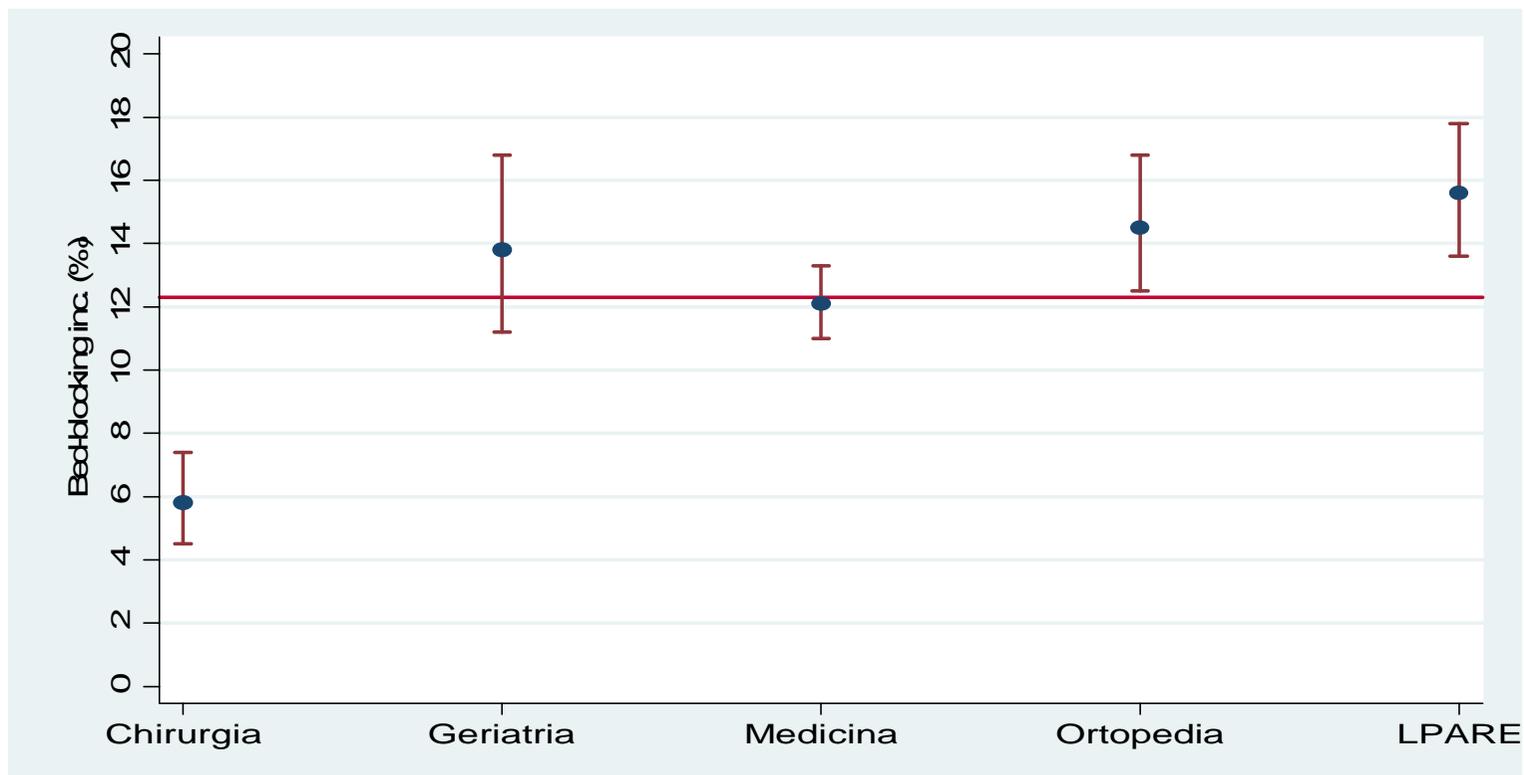
Prevalenza periodale di B.B. per disciplina dell'U.O



Prevalenza periodale di bed-blocker con intervalli di confidenza al 95% per disciplina di ricovero

Linea rossa: prevalenza periodale regionale (8,4%).

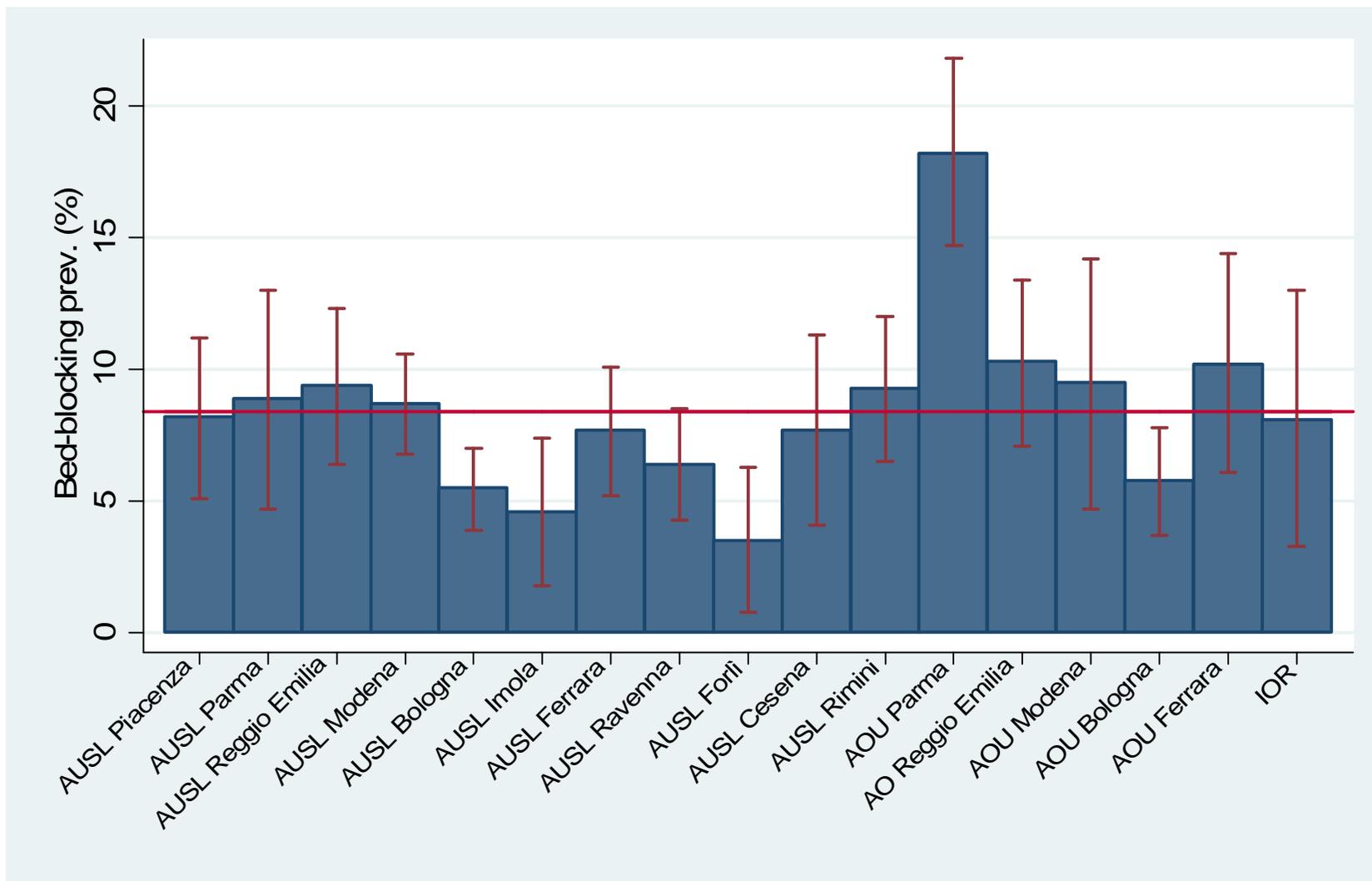
Tasso di incidenza di B.B. per disciplina dell'U.O.



Tasso di incidenza di bed-blocker con intervalli di confidenza al 95% per azienda di ricovero

Linea rossa: tasso di incidenza regionale (12,3‰).

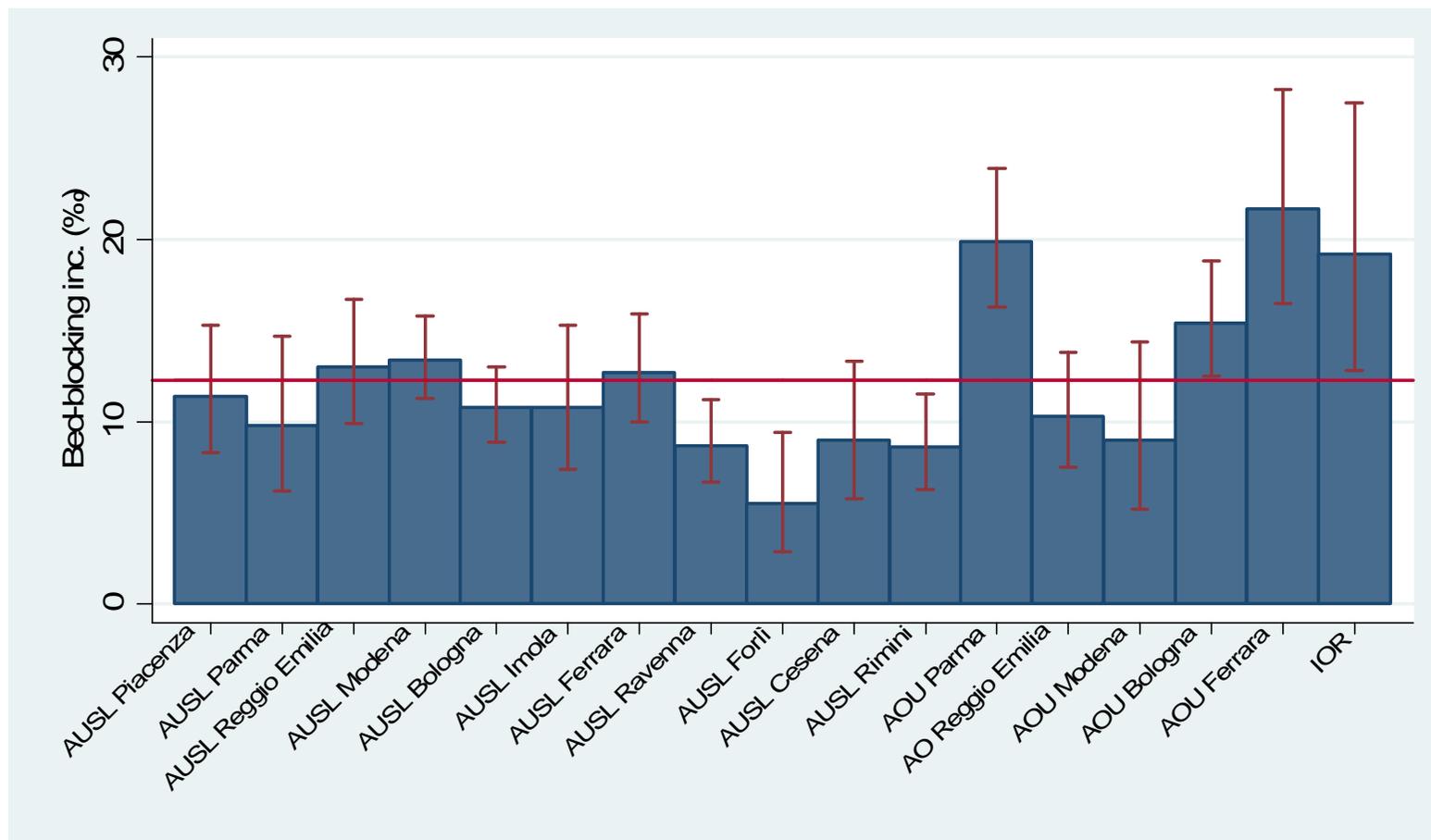
Prevalenza periodale di B.B. per azienda di ricovero



Prevalenza periodale di bed-blocker con intervalli di confidenza al 95% per azienda di ricovero

Linea rossa: prevalenza periodale regionale (8,4%).

Tasso di incidenza di B. B. per azienda di ricovero



Tasso di incidenza di bed-blocker con intervalli di confidenza al 95% per azienda di ricovero

Linea rossa: tasso di incidenza regionale (12,3%).

Risultati - Studio di incidenza

Durata dello stato di "B.B. nuovi casi

	Unità operativa					Totale
	Chirurgia generale	Geriatría	LPARE	Medicina generale	Ortopedia/Traumatologia	
Durata mediana (IQ) in giorni	3 (2-5)	4 (2-6)	8 (4-15)	4 (2-6)	4 (2-7)	4 (2-7)
Distribuzione della durata dello stato di bed blocker in giorni (%)	%	%	%	%	%	%
1-2	44	27	13	33	29	28
3-5	32	43	21	34	35	32
6-8	10	19	20	19	19	19
9-11	3	4	9	7	10	7
12-14	4	3	8	4	3	5
15 o più	7	4	29	3	4	9

Risultati - Studio di incidenza

Distribuzione % delle cause che provocano lo stato di bed blocker

	Unità Operativa					Totale N .988
	Chirurgia generale N .69	Geriatria N. 99	LPARE N .221	Medicina generale N. 424	Ortopedia/ Traumatologia N.175	
	%	%	%	%	%	%
1. Attesa PL acuto	25	8	3	13	9	10
2. Attesa PL in LPARE	23	50	2	43	38	33
3. Attesa PL in riabilitazione (cod. 56)	4	2	3	2	15	5
4. Attesa PL in struttura socio sanitaria residenziale convenzionata	20	11	39	11	17	19
5. Attesa PL in struttura socio sanitaria residenziale privata	0	1	6	2	3	3
6. Domicilio inadeguato	1	1	4	3	1	2
7. Carenza rete familiare	9	3	10	9	4	7
8. Famiglia non accetta la dimissione	9	14	8	5	4	7

Continua...

Risultati - Studio di incidenza

Distribuzione % delle cause che provocano lo stato di bed blocker

...continua dalla precedente

	Unità Operativa					Totale N .988
	Chirurgia generale N. 69	Geriatría N. 99	LPARE N. 221	Medicina generale N .424	Ortopedia/ Traumatologia N .175	
	%	%	%	%	%	%
9. Paziente con domicilio fuori Regione	0	1	2	0	3	1
10. Difficoltà di presa in carico del servizio sociale	0	1	5	1	1	2
11. Attesa disponibilità presa in carico ADI	1	1	2	1	1	1
12. Difficoltà organizzative della programmazione di dimissione protetta	1	1	7	5	2	4
13. Mancata disponibilità di presidi/dispositivi medici/ attrezzature sanitarie	4	5	8	3	2	4
14. Altro	1	0	1	2	0	1

Risultati - Studio di incidenza

Corrispondenze tra cause che provocano lo stato di bed blocker e motivazioni per cui si cessa di essere bed blocker

	N	Motivazioni per cui si cessa di essere Bed Blocker									
		Paziente Riadattato/ deceduto	Trasferito in altra UO/ Ospedale per acuti	Trasferito in Riab. COD 56	Trasferito in LPARE	Trasferito in struttura residenzial e pubblica	Trasferito in struttura residenzial e privata	Dimesso a domicilio	Altro	Totale	
1. Attesa PL acuto	96	38,5%	37,5%		6,3%	3,1%		12,5%	2,1%	100%	
3. Attesa PL in riabilitazione (cod. 56)	309	2,3%		81,8%	4,5%	4,6%		6,8%		100%	
2. Attesa PL in LPARE	44	12,9%	1,3%	1,6%	74,1%	3,9%	0,7%	4,9%	0,6%	100%	
4. Attesa PL in struttura socio sanitaria residenziale convenzionata	162	16,1%		1,2%	11,7%	57,4%	4,3%	6,8%	2,5%	100%	
5. Attesa PL in struttura socio sanitaria residenziale privata	20	15,0%			5,0%	10,0%	65,0%		5,0%	100%	
6. Domicilio inadeguato	22	4,5%				13,6%	4,6%	77,3%		100%	
7. Carenza rete familiare	67	8,9%		1,5%	19,4%	6,0%	1,5%	61,2%	1,5%	100%	
8. Famiglia non accetta la dimissione	58	19,0%			12,1%	10,3%	3,5%	53,4%	1,7%	100%	
9. Paziente con domicilio fuori Regione	10		10,0%		10,0%	20,0%		60,0%		100%	
10. Difficoltà di presa in carico del servizio sociale	11	36,4%			9,1%	9,1%		45,4%		100%	
11. Attesa disponibilità presa in carico ADI	12	8,3%			16,7%			75,0%		100%	
12. Difficoltà organizzative della programmazione di dimissione protetta	32	18,7%		3,1%	21,9%	21,9%		34,4%		100%	
13. Mancata disponibilità di presidi/dispositivi medici/ attrezzature sanitarie	38	18,4%			7,9%	5,3%		63,1%	5,3%	100%	
14. Altro	9	55,6%	0,0%	0,0%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	22,2%	100%	

Motivazioni per cui si diventa Bed Blocker

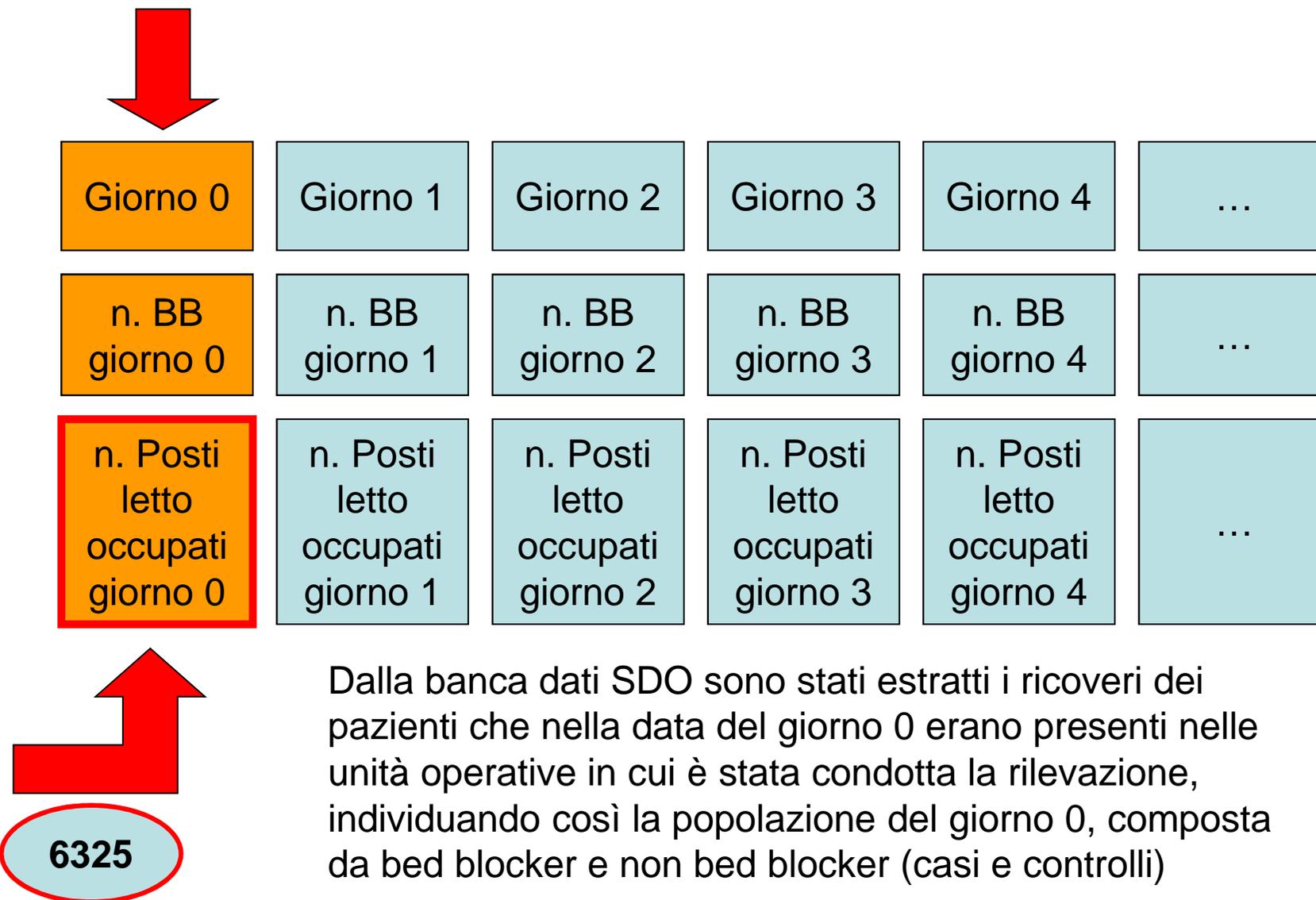
Risultati - Studio di prevalenza

I 522 bed blocker individuati in una giornata sono stati seguiti fino a un massimo di 14 giorni sono responsabili complessivamente di 3206 giornate di degenza da B.B.

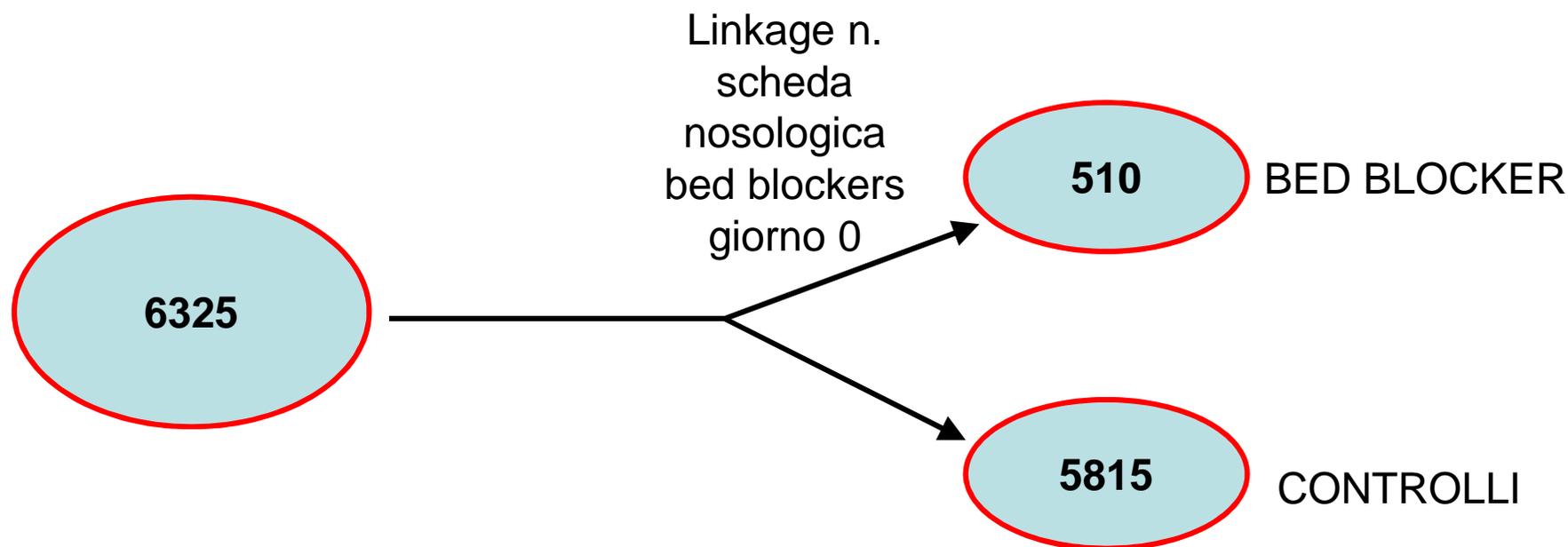
Le motivazioni per cui i pazienti sono stati classificati come bed blocker in queste 3206 giornate sono riportate in tabella.

Motivazione	N. gg. degenza	%
Attesa PL in struttura socio sanitaria residenziale con P.L. convenzionati con Azienda Sanitaria	914	28.51
Attesa di PL in LPARE	528	16.47
Carenza rete familiare	341	10.64
Famiglia non accetta la dimissione	268	8.36
Attesa di PL acuto	211	6.58
Difficoltà organizzative della programmazione dimissione protetta	153	4.77
Attesa PL in struttura socio sanitaria residenziale privata	150	4.68
Paziente con domicilio fuori Regione	148	4.62
Attesa PL in riabilitazione (COD 56)	134	4.18
Mancata disponibilità di presidi/dispositivi medici/attrezzature sanitarie	123	3.84
Domicilio inadeguato	93	2.90
Difficoltà di presa in carico del servizio sociale	86	2.68
Attesa disponibilità presa in carico ADI	32	1.00
Altro	25	0.78
Totale	3206	100

Studio di prevalenza: Identificazione dei controlli



Risultati - Studio di prevalenza



Si tratta di 6325 ricoveri. Tra questi, attraverso un linkage sulla base del numero di scheda nosologica, dell'età e del sesso, abbiamo ritrovato 510 dei nostri 522 bed blocker. I 12 mancanti potrebbero essere pazienti ancora ricoverati (l'estrazione dai dati SDO è aggiornata a dicembre).

Risultati - Studio di prevalenza

	Bed blocker	Controlli	P-value
Età (media)	78,355	73,484	<0.001
n. ricoveri precedenti (media)	1,894	1,711	0,127
Maschi (%)	40,39	45,92	0,016
Ricovero urgente (%)	79,61	71,04	<0.001
Residente in provincia (%)	76,08	66,04	<0.001
Intervento terapeutico (%)	75,10	66,26	<0.001
Terapia Intensiva (%)	9,41	5,25	<0.001

Studio caso-controllo per la identificazione dei predittori dello stato di bed-blocker

N.B. Sono state utilizzate solo le variabili provenienti da SDO, e non le altre informazioni sul domicilio del paziente, il livello di ADL, ecc. ricavate dalla survey , perché non disponibili nel gruppo di controllo.

Analisi statistica

È stata eseguita una regressione logistica multilivello per individuare i predittori dello stato di bed-blocker.

L'analisi è stata suddivisa in tre passaggi:

- 1) costruzione di un modello a due livelli senza variabili esplicative. I livelli corrispondono ai pazienti (1) e alle U.O. (2).
- 2) Inserimento delle variabili a livello del paziente. Abbiamo incluso nel modello solo le variabili selezionate con una procedura *backward*.
- 3) Inserimento della disciplina dell'U.O. e dell'Azienda di ricovero, correggendo le stime con la tecnica "*cluster sandwich estimator*".

A ogni *step*, abbiamo calcolato la varianza di secondo livello come misura della variabilità nella presenza di bed-blocker tra le U.O. della regione.

	OR	p-value	95% IC
Caratteristiche del paziente			
Età (in decenni)	1,27	<0,001	1,19–1,35
Transito in terapia intensiva			
No	1		
Sì	1,90	0,028	1,07–3,36
Patologia principale al ricovero indice			
Paralisi (paraplegia, emiplegia/tetraplesi, emiplagia flaccida)	17,88	0,001	3,26–98,01
Neoplasie	1,92	0,001	1,33–2,79
Frattura femore/anca/spalla	1,48	0,014	1,08–2,02
Patologie principali ai ricoveri precedenti			
Demenza	1,80	<0,001	1,46–2,22
Disordini neurologici, esclusa paralisi (epilessie, morbo di Parkinson)	1,55	<0,001	1,24–1,94
Paziente residente in Italia ^a			
Sì	1		
No	5,01	<0,001	2,08–12,07
Caratteristiche dell'UO e dell'Azienda di ricovero			
Disciplina dell'UO di ricovero			
Chirurgia Generale	1		
Geriatria	1,34	0,313	0,76–2,38
Medicina Generale	1,84	0,023	1,09–3,10
Ortopedia/Traumatologia	3,45	<0,001	2,01–5,91
LPARE	5,50	<0,001	3,00–10,09
Azienda di riferimento			
AUSL	1		
ASST/IRCCS	1,10	0,011	1,10–0,51

Il profilo dei pazienti Bed Blocker

È possibile cogliere la presenza di profili o gruppi di pazienti Bed Blocker omogenei al loro interno e fra loro separati rispetto ad un insieme di caratteristiche cliniche, socio-demografiche e di percorso assistenziale?

- **Gruppo G1:** 134 pazienti (26,27%)
- **Gruppo G2:** 376 pazienti (73,73%)

Tavola sinottica delle differenze riscontrate tra i gruppi G1 e G2

Caratteristiche	G1	G2
Età	Più giovani (età media 73 anni)	Più anziani (età media 80 anni)
Disciplina	Più frequentemente diventano BB in LPARE	Più frequentemente diventano BB in reparti di medicina o geriatria
Tipo di ricovero	Ammessi meno frequentemente in urgenza	Ammessi più frequentemente in urgenza
Disciplina di ammissione	Più frequentemente provengono da un altro reparto	Più di frequente diventano BB nello stesso reparto in cui sono stati ricoverati
Ricovero in terapia intensiva prima dello stato di BB	La maggioranza dei pazienti BB è stata ricoverata in terapia intensiva prima di diventare BB	La quasi totalità dei pazienti BB non è stata ricoverata in terapia intensiva prima di diventare BB
Patologia principale al ricovero indice	Non sono presenti peculiari diagnosi principali Sono pazienti con meno problemi cronici e di natura cardiovascolare	Sia nelle diagnosi principali che nelle secondarie prevalgono patologie cardiovascolari. Nelle comorbidità è frequente anche la demenza
Tipo prevalente di procedura chirurgica se presente	Intervento terapeutico maggiore	Interventi terapeutici minori o diagnostici maggiori
Numero di comorbidità rilevate nei ricoveri precedenti	Minor numero di comorbidità nei ricoveri precedenti	Maggior numero di comorbidità nei ricoveri precedenti
Motivo dello stato di BB	Più di frequente attesa di un PL riabilitazione (cod 56) , inadeguatezza della rete familiare e del domicilio	Più di frequente attesa di un PL in LPARE
Residenza fuori dalla provincia dello stabilimento di ricovero	Il 20% dei pazienti proviene da una provincia diversa dallo stabilimento di ricovero	Nella quasi totalità dei casi provengono dalla stessa provincia dello stabilimento di ricovero

Distribuzione delle caratteristiche tra i gruppi G1 e G2

Caratteristiche	Tutti (n=510)	Gruppi		p-value
		G1 (n=134)	G2 (n=376)	
Sesso (%)				0,817
Maschio	206 (40,39)	53 (39,55)	153 (40,69)	
Femmina	304 (59,61)	81 (60,45)	223 (59,31)	
Età, media [SD]	78.35 [12,53]	72.59 [16,14]	80.41 [10,22]	<0,001
Disciplina (%)				<0,001
Chirurgia generale	28 (5,49)	7 (5,22)	21 (5,59)	
Geriatrics	35 (6,86)	4 (2,99)	31 (8,24)	
Medicina generale	166 (32,55)	18 (13,43)	148 (39,36)	
Ortopedia/Traumatologia	87 (17,06)	22 (16,42)	65 (17,29)	
LPARE	194 (38,04)	83 (61,94)	111 (29,52)	
Disciplina di ammissione diversa da quella in cui il paziente è dichiarato BB (%)				<0,001
No	311 (60,98)	59 (44,03)	252 (67,02)	
Sì	199 (39,02)	75 (55,97)	124 (32,98)	
Disciplina di dimissione diversa da quella in cui il paziente è dichiarato BB (%)				0,032
No	392 (76,86)	112 (83,58)	280 (74,47)	
Sì	118 (23,14)	22 (16,42)	96 (25,53)	
Motivo dello stato di BB (%) ^a				<0,001
Attesa PL acuto/Riabilitazione cod. 56	73 (14,40)	22 (16,42)	51 (13,67)	
Attesa PL in LPARE	123 (24,26)	15 (11,19)	108 (28,95)	
Attesa PL in struttura residenziale (pubblica o privata)	143 (28,21)	40 (29,85)	103 (27,61)	
Carenza rete familiare/Famiglia non accetta la dimissione	84 (16,57)	27 (20,15)	57 (15,28)	
Domicilio inadeguato/Domicilio fuori regione	23 (4,54)	14 (10,45)	9 (2,41)	
Attesa disponibilità presa in carico ADI/Mancata disponibilità di presidi, dispositivi medici, attrezzature sanitarie	32 (6,31)	7 (5,22)	25 (6,70)	
Difficoltà di presa in carico del servizio sociale/Difficoltà organizzative della programmazione di dimissione protetta/Altro	29 (5,72)	9 (6,72)	20 (5,36)	
Motivo di cessazione dello stato di BB (%) ^{a,b}				<0,001
Paziente riacutizzato	58 (11,39)	19 (14,18)	39 (10,40)	
Trasferito in altro ospedale per acuti	24 (4,72)	3 (2,24)	21 (5,60)	
Trasferito in servizio di continuità assistenziale	236 (46,37)	59 (44,03)	177 (47,20)	
Dimesso a domicilio (con o senza ADI)	87 (17,09)	16 (11,94)	71 (18,93)	
Deceduto	15 (2,95)	0 (0,00)	15 (4,00)	
Altro/Non noto	89 (17,49)	37 (27,61)	52 (13,87)	

Distribuzione di G1 e G2 per disciplina dell'UO e Azienda di ricovero

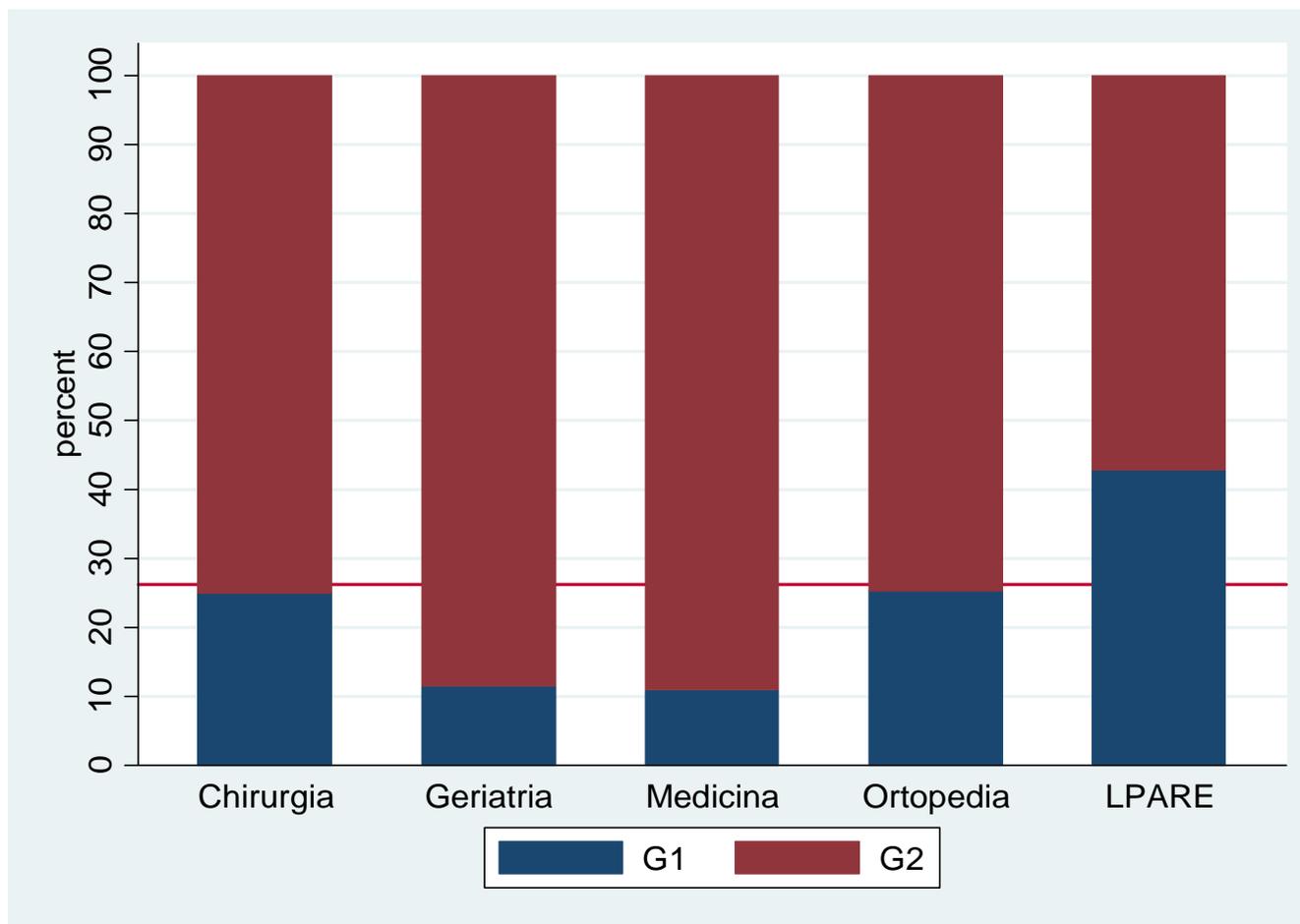
Disciplina di ricovero

Nella Tab. e nel Grafico seguenti sono rappresentati le frequenze assolute e percentuali dei due gruppi di bed-blocker **per disciplina delle UO**.

Notiamo che nelle UO di chirurgia, geriatria, medicina e ortopedia la maggior parte dei pazienti appartiene al gruppo G2, mentre in LPARE la composizione è molto eterogenea: **il 43% dei pazienti appartiene a G1 e il restante 57% a G2**.

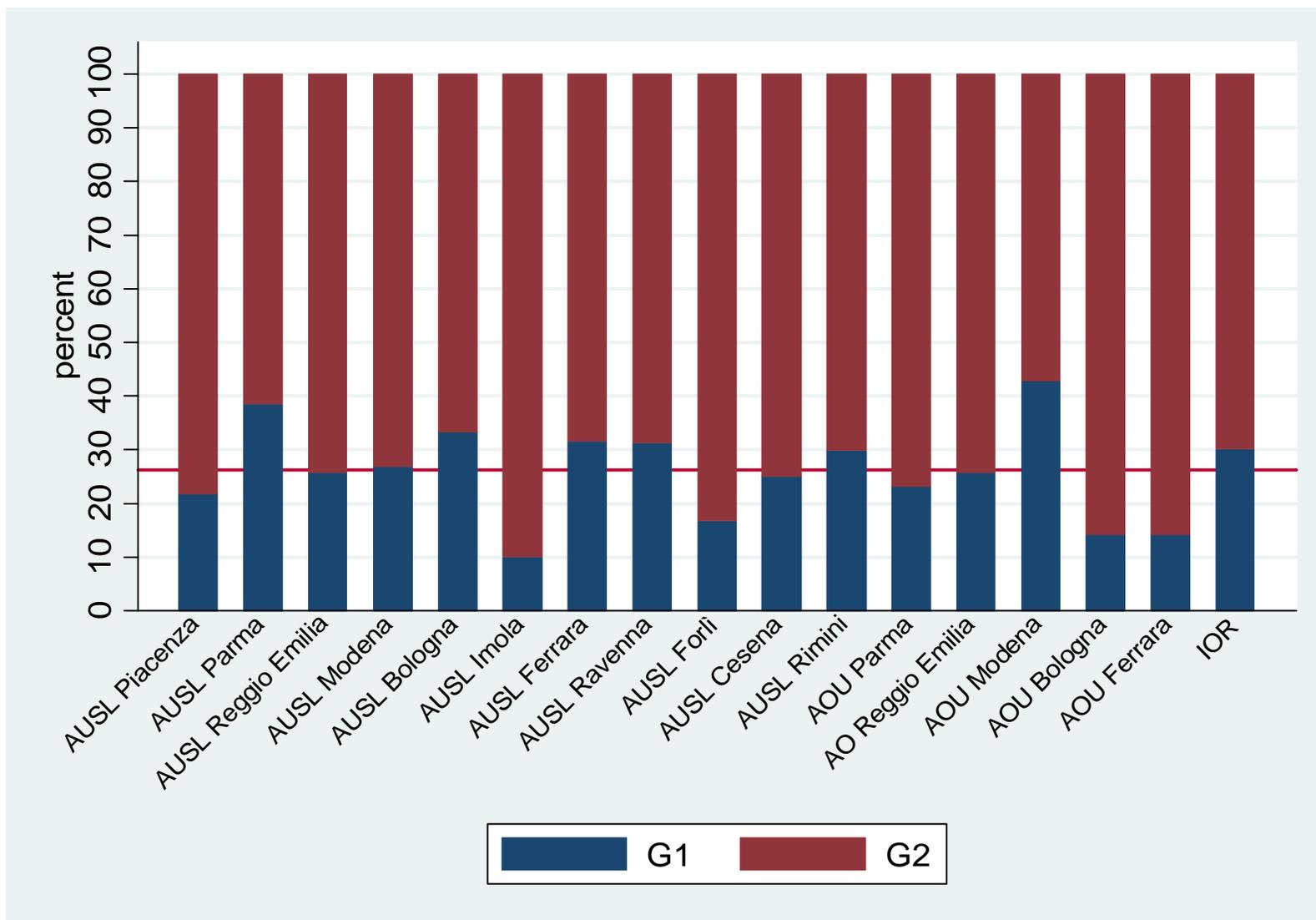
Disciplina	Profilo di bed-blocker		
	G1	G2	Totale
Chirurgia generale	7 (25,00)	21 (75,00)	28 (100,00)
Geriatria	4 (11,43)	31 (88,57)	35 (100,00)
Medicina generale	18 (10,84)	148 (89,16)	166 (100,00)
Ortopedia/Traum.	22 (25,29)	65 (74,71)	87 (100,00)
LPARE	83 (42,78)	111 (57,22)	194 (100,00)
Totale	134 (26,27)	376 (73,73)	510 (100,00)

Distribuzione % dei gruppi G1 e G2 per disciplina di ricovero



Percentuale di bed-blocker appartenenti a G1 (26,27%).

Distribuzione % dei gruppi G1 e G2 per azienda di ricovero



Linea rossa: Percentuale complessiva di bed-blocker appartenenti a G1 (26,27%).

Abbiamo risposto ai quesiti di ricerca

Lo studio intendeva dare risposta ai seguenti quesiti:

- Il fenomeno dei Bed Blockers è presente nella nostra Regione e con quali dimensioni?
- Quali sono le caratteristiche dei pazienti definiti come “Bed Blockers” ?
- Per quanto tempo i pazienti, durante la degenza, sono definiti “Bed Blockers”?
- Quali sono le principali cause che determinano una dimissione ritardata?
- Qual è il percorso del paziente alla cessazione dello stato di Bed Blocker?

Ringraziamenti

Gruppo di lavoro regionale: C. Andreati, B. Bocchi, A. Borghi, M. Brunetti, P. Ferri, E. Fiocchi, A. Messori, P. Missiroli, C. Pelati, V. Valmori, S. Puglioli, E. Toschi, M. Vizioli.

I referenti Aziendali dello studio:

n. 17 Medici di direzione sanitaria e

n. 17 infermieri referenti delle Direzioni Infermieristiche e Tecniche

Tutti i medici e gli infermieri rilevatori delle unità operative coinvolte nello studio



**Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Alma Mater Studiorum – Università di Bologna**

Prof. ssa Maria Pia Fantini,
Dott. Jacopo Lenzi,
Dott. Concetta Randazzo