

Matteo Carniti

Infermiere, Bed Manager
Aziendale ASST-Brianza

Marco Vergani

Dirigente, Direzione Aziendale
Professioni Sanitarie e Sociali,
Polo Ospedaliero

Osservazione Breve Geriatrica e Frailty Assessment Unit come strumenti integrati di governo dei flussi e ottimizzazione del bed management

Brief Geriatric Observation and the Frailty Assessment Unit as integrated tools for patient flow management and bed management optimization

INTRODUZIONE

L'aumento dell'età media e la crescente presenza di pazienti anziani fragili rappresentano una criticità rilevante per i Pronto Soccorso e i reparti medici. La gestione di pazienti con fragilità avanzata e bisogni sociali complessi porta spesso a ricoveri impropri e sovraffollamento.

Presso l'Ospedale di Vimercate, l'Osservazione Breve Geriatrica (OBGer) è stata introdotta per intercettare precocemente i bisogni del paziente anziano fragile, riducendo il ricorso al ricovero ordinario con percorsi alternativi.

Da ottobre 2025, il modello è stato ulteriormente sviluppato con l'attivazione della Frailty Assessment Unit (FAU), unità sperimentale dedicata alla stabilizzazione dell'evento acuto geriatrico complesso, collocata come snodo intermedio tra PS e degenze.

Il Bed Management infermieristico (BM) riveste un ruolo strategico di integrazione clinico-organizzativa, contribuendo alla valutazione del bisogno assistenziale, alla regolazione dei flussi e alla definizione del setting di cura più appropriato. L'integrazione tra valutazione geriatrica multidimensionale e BM trasforma il ricovero da esito automatico a decisione clinico-assistenziale condivisa.

MATERIALI E METODI

In questo contesto, l'obiettivo primario dello studio è valutare l'efficacia di un modello organizzativo basato sull'implementazione precoce della valutazione geriatrica per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e il governo dei flussi ospedalieri. È stato condotto uno studio osservazionale prospettico, monocentrico, relativo al modello organizzativo dell'OBGer, nel periodo compreso tra il 1° marzo 2023 e il 31 marzo 2025.



Lo studio ha incluso pazienti fragili di età ≥ 75 anni afferenti all'OBGer del PS dell'Ospedale di Vimercate (ASST Brianza). L'area era composta da 5 posti letto dedicati, separati dal PS, con degenza compresa tra 6 e 44 ore. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione geriatrica multidimensionale (VMD), con attenzione alla prevenzione e gestione del delirium, alla gestione del fine vita, alla comunicazione con paziente e familiari e alla pianificazione del setting di cura, in collaborazione con il Servizio di Dimissioni Protette Ospedaliere.

L'analisi dei percorsi clinici ha evidenziato che i pazienti anziani fragili, ricoverati dopo valutazione in OBGer, presentano frequentemente un decorso clinico favorevole e una degenza media significativamente inferiore rispetto a quella osservata nei reparti di Medicina Interna tradizionali. In particolare, la degenza media nei reparti di Medicina Interna è di circa 16 giorni, mentre la degenza media complessiva tra OBGer e ricovero in ambito internistico è di 8,8 giorni. Alla luce di tali osservazioni, è stata istituita la FAU, progetto sperimentale con dati preliminari riferiti al periodo 6 ottobre 2025 – 23 novembre 2025.

La FAU rappresenta un'evoluzione del modello OBGer sviluppata a partire dell'esperienza maturata nella gestione dei pazienti anziani fragili. La FAU ha previsto l'istituzione di un reparto per acuti di 7 posti letto dedicato ai pazienti over 75 più fragili provenienti dal PS.

A differenza dell'OBGer, la FAU è un'unità di degenza dedicata alla presa in carico dei pazienti anziani fragili, configurata come reparto per acuti geriatrici, orientato alla gestione di pazienti ad elevata complessità clinico-assistenziale.

In questo contesto, particolare attenzione è dedicata alla valutazione funzionale e cognitiva, alla prevenzione e gestione del delirium, alla comunicazione con pazienti e familiari e all'attivazione precoce dei percorsi di continuità assistenziale territoriale, inclusi dimissioni protette, assistenza domiciliare integrata, strutture intermedie, RSA o hospice quando appropriato. L'utilizzo di strumenti validati come la Clinical Frailty Score (CFS) e l'Assessment Test for Delirium and Cognitive Impairment (4AT) ha supportato la corretta VMD.

Il Bed Management infermieristico partecipa attivamente alla gestione dei pazienti, contribuendo alla definizione del setting assistenziale più appropriato e alla regolazione dei flussi di ricovero e dimissione.

RISULTATI

Osservazione Breve Geriatrica

Nel periodo di studio, 1.536 pazienti sono stati presi in carico in OBGer. L'età media era $86,8 \pm 4,4$ anni e il 55,2% era di sesso femminile. Il 75% dei pazienti presentava fragilità severa (CFS >5) e il 57,5% presentava decadimento cognitivo anamnestico; il 57% presentava delirium all'ingresso (4AT ≥ 4).

Nonostante l'elevata complessità clinica, il 64% dei pazienti è stato dimesso senza ricovero ordinario. Il 41% dei pazienti è stato dimesso al domicilio, mentre il 14% ha beneficiato di una dimissione protetta; il 9% è andato incontro a exitus. Il restante 36% ha richiesto un ricovero ospedaliero, di cui il 16% in reparto ordinario e il 20% in Medicina ad Alto Turnover (MAT).

La maggior parte dei pazienti presi in carico in OBGer è stata dimessa senza necessità di ricovero ordinario (Figura 1). Tra i pazienti OBGer, il 44,3% ($n=676$) era costituito da pazienti "bridge": pazienti ≥ 75 anni, fragili (CFS >5), in boarding in PS in attesa di posto letto internistico, temporaneamente gestiti in OBGer per garantire un setting assistenziale adeguato e ridurre le complicanze da attesa (delirium, dolore non controllato, immobilità, stazionamento sulla barella). Il 55% ha evitato il ricovero grazie al percorso OBGer e alla gestione attiva del BM con l'individuazione di percorsi appropriati (Figura 2).

Frailty Assessment Unit (FAU)

Nel periodo compreso tra il 6 ottobre 2025 e il 23 novembre 2025 è stato condotto uno studio osservazionale sperimentale, durante il quale la FAU ha registrato 73 ricoveri per un totale di 475 giornate di degenza (degenza media: 6,5 giorni). A fronte di una disponibilità teorica di 7 posti letto per 49 giorni, l'unità ha raggiunto un tasso di occupazione del 138% e un indice di turnover pari a 10,4, indicativi di una marcata ipersaturazione e di un'elevata intensità gestionale.

Ciò è attribuibile al fatto che i pazienti candidati al ricovero in FAU venivano frequentemente collocati su letti aggiuntivi "in appoggio", determinando un numero complessivo di ricoverati superiore ai 7 posti letto inizialmente previsti.

I pazienti presi in carico presentavano un profilo di altissima complessità clinico-funzionale, con età media ampiamente superiore agli 80 anni, elevata prevalenza di fragilità moderata-severa (CFS 6–8), riduzione significativa dell'autonomia funzionale e frequente compromissione cognitiva con rischio di delirium.

L'elevato tasso di occupazione e l'indice di turnover osservati nella FAU riflettono il ruolo dell'unità come area ad

alta intensità di flusso, dedicata alla gestione di pazienti fragili complessi provenienti dal Pronto Soccorso e spesso caratterizzati da difficoltà di collocamento immediato nei reparti di degenza.

In questo contesto, la FAU ha svolto una funzione di stabilizzazione clinica e gestione del boarding, consentendo di intercettare pazienti ad elevata complessità assistenziale che, in assenza di tale setting, avrebbero determinato permanenze prolungate in Pronto Soccorso o ricoveri non ottimali nei reparti ordinari.

Boarding e flussi di ricovero

Nel periodo osservato, il tempo medio di boarding in FAU è aumentato da 14 ore nel mese di ottobre a 16,5 ore nel mese di novembre, segnalando una crescente difficoltà di collocamento nei reparti di Medicina. Nello stesso periodo, la Medicina ha mostrato una degenza media pari a 13 giorni, con un tasso di occupazione del 96% e un indice di turnover di 4,5, evidenziando una capacità di assorbimento limitata.

DISCUSSIONE

Il presente studio descrive l'implementazione di un modello organizzativo innovativo, sviluppato in risposta a criticità assistenziali e di governo dei flussi non adeguatamente intercettate dai modelli tradizionali.

L'esperienza dell'OBGer e della FAU dimostra come percorsi geriatrici dedicati consentano di governare la complessità del paziente anziano fragile. L'OBGer ha mostrato una significativa capacità di ridurre i ricoveri ordinari, in particolare nei pazienti bridge, trasformando l'indicazione iniziale al ricovero in una rivalutazione dinamica del bisogno assistenziale.

In questo modello, il BM emerge come figura chiave di integrazione tra valutazione clinica e governo dei flussi ospedalieri, superando una gestione puramente logistica del posto letto. Nei percorsi OBGer e FAU, infatti, il BM ha partecipato attivamente alla gestione dei pazienti in entrambe le unità, coordinando l'accesso ai percorsi dedicati, i trasferimenti verso la MAT, i reparti di Medicina e le dimissioni protette. Ha svolto una funzione clinico-organizzativa attiva nella definizione del setting assistenziale, nella rivalutazione dell'indicazione al ricovero ordinario e nell'attivazione di percorsi di continuità territoriale, consentendo una regolazione proattiva dei flussi e una gestione strutturata dei pazienti bridge.

I risultati evidenziano come OBGer e FAU rappresentino due livelli complementari di gestione della fragilità nel percorso di accesso ospedaliero.

L'OBGer è orientata prevalentemente alla valutazione geriatrica multidimensionale precoce consentendo spesso di evitare il ricovero ordinario attraverso l'attivazione di percorsi alternativi.

La FAU, invece, intercetta una popolazione di pazienti caratterizzata da maggiore instabilità clinica e complessità assistenziale, per i quali è necessaria la stabilizzazione dell'evento acuto ai fini di una possibile presa in carico territoriale.

Dal punto di vista infermieristico, l'integrazione tra OBGer, FAU e BM valorizza il ruolo dell'infermiere nel riconoscimento precoce della fragilità, nella valutazione multidimensionale e nella gestione dei percorsi complessi, promuovendo una visione sistemica del percorso del paziente anziano fragile in linea con i modelli avanzati di clinical governance.

Caratteristica	OBGer	FAU
Durata osservazione	6–44 ore	giorni
Obiettivo	decisione sul ricovero	stabilizzazione + collocamento
Setting	osservazione breve	degenza breve
Pazienti	fragili	fragili complessi
Ruolo BM	gestione dei flussi	gestione del boarding

CONCLUSIONI

L'integrazione tra OBGer e FAU rappresenta un modello evolutivo di presa in carico dell'anziano fragile, in cui la valutazione geriatrica precoce e il BM sembrano contribuire al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e del governo dei flussi ospedalieri.

I risultati preliminari della FAU confermano il potenziale di questo modello, evidenziando tuttavia la necessità di potenziare i setting di dimissione e di riequilibrare i carichi tra le unità ad alta intensità di flusso e i reparti di degenza ordinaria.

Il BM, integrato nei percorsi geriatrici, si configura come leva strategica di nursing organizzativo e di governo clinico dei flussi, superando una visione meramente logistica e contribuendo alla qualità e all'appropriatezza delle cure.

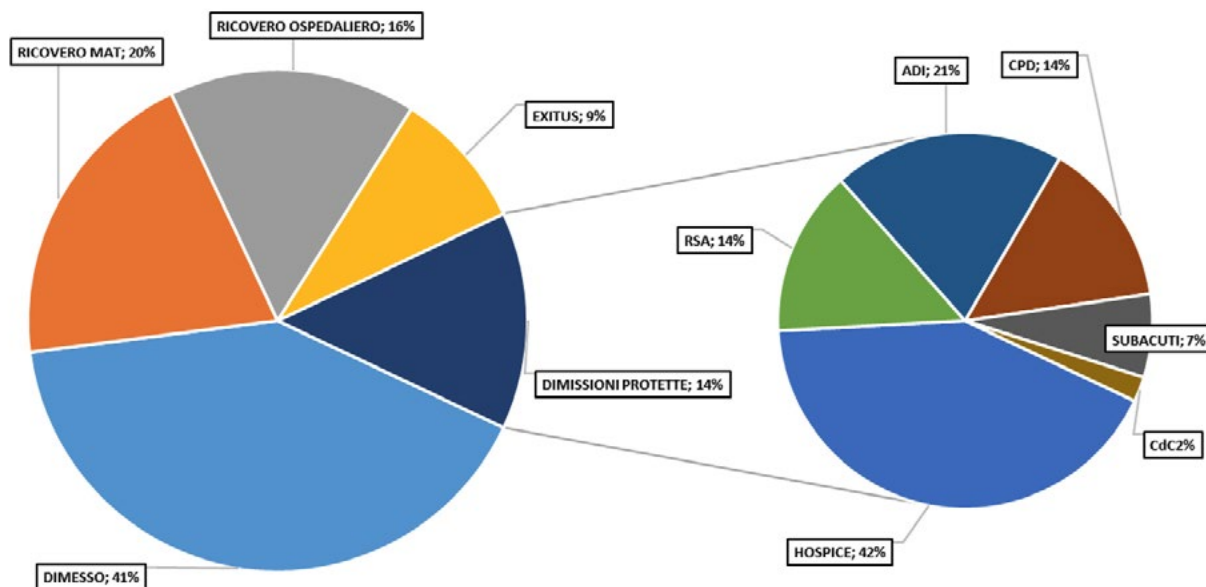
Contributo degli autori

Tutti gli autori hanno contribuito in modo sostanziale all'ideazione dello studio, alla progettazione del modello organizzativo, alla raccolta e interpretazione dei dati, alla stesura e alla revisione critica del manoscritto, e hanno approvato la versione finale, in accordo con i criteri dell'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Studi che coinvolgono persone

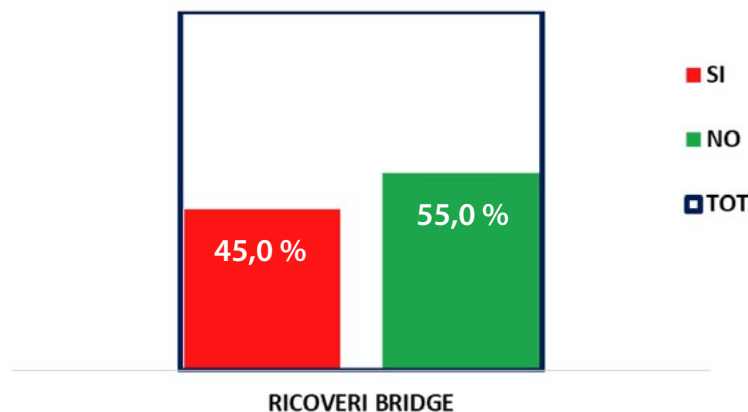
Lo studio è di tipo osservazionale e non interventistico, basato sull'analisi di dati clinico-assistenziali raccolti nell'ambito della pratica clinica routinaria. Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici della Dichiarazione di Helsinki. In accordo con la normativa vigente, non è stata richiesta l'approvazione del Comitato Etico, in quanto non sono stati effettuati interventi sperimentali né modifiche ai percorsi di cura standard. I dati utilizzati sono stati trattati in forma anonima e aggregata, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Figura 1. Distribuzione degli esiti assistenziali dei pazienti presi in carico in Osservazione Breve Geriatrica



RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale; ADI: Assistenza Domiciliare Integrata; CPD: Cure Palliative Domiciliari; CdC: Casa di Comunità.

Pazienti in APL transitati da OBGER



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it