

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 30 ottobre 2019, n. U00453

**Approvazione del documento denominato "Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR).**

**OGGETTO:** Approvazione del documento denominato “*Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*” in attuazione dell’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR).

### **IL PRESIDENTE IN QUALITA’ DI COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modificazioni e s.m.i.;

**VISTO** il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale” e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

#### **VISTE:**

- la deliberazione di Giunta Regionale 12 febbraio 2007 n. 66 “Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”;
- la deliberazione di Giunta Regionale 6 marzo 2007 n. 149 “Presenza d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”;
- la legge statale 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l’articolo 2, comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta;

**VISTO** il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 recante; “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

**VISTA** la DGR 14 aprile 2007, n. 267 “Ridefinizione della rete e dell’offerta dei servizi ospedalieri. Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza”;

**VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale n. 420 del 12 giugno 2007, “Modifica ed 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)” e n. 169 del 21 marzo 2008, “Linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento 1.2.5 Piano di Rientro)”;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale del 3 novembre 2009, n. 821 recante: “Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio. Istituzione della figura del “Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 10 novembre del 2010 n. U00090 “Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accredimenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 10 febbraio del 2011 n. U0008 Modifica dell'Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 - Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 25 luglio 2014 n. U00247 ad oggetto “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”.

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00412 del 26 novembre 2014 concernente “Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto “Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: “Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

**VISTO** in particolare, il punto 2 dell'Allegato Tecnico del DCA n. U00412/2014 relativo alla Rete dell'Emergenza Territoriale ed Ospedaliera nel quale sono indicati gli interventi specifici 2014-2015 da attuare;

**VISTA** la Legge Regionale del 24 novembre 2014 n. 11 “Sicurezza sanitaria dal cielo in tutto il Lazio. Disposizioni per garantire l'effettiva applicazione del Regolamento (UE) n. 965/2012 della commissione sui requisiti tecnici e le procedure amministrative per quanto riguarda le operazioni di volo ai sensi del regolamento (CE) n. 216/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio. Modifiche alla legge regionale 3 agosto 2004, n. 9 (Istituzione dell'azienda regionale per l'emergenza sanitaria ARES 118)” e successive modifiche;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n U00052 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto “Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”;

**VISTO** il DCA n. U00257/2017 “Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: “Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

**VISTO** il DCA n. U00291/2017 “Integrazione DCA n. U00257/2017 “Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: “Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”.

**VISTA** la Determinazione Dirigenziale del 16 luglio 2013 n. B03042 avente ad oggetto “Istituzione Gruppo di Lavoro regionale tecnico scientifico di supporto alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria per le attività legate al sistema dell'emergenza sanitaria” e smi;

**VISTE** le Determinazioni Dirigenziali del 28 dicembre 2018 n. G17673 e dell'8 gennaio 2019 n. G00094 relative alla “Ratifica Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di Categoria AIOP-ARIS-UNINDUSTRIA Sanità e il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, sottoscritto in data 27 dicembre 2018, inerente il “Trasferimento da Pronto Soccorso per ricovero presso le strutture accreditate per acuti non dotate di Pronto Soccorso – Trasferimento dai reparti di Area medica ubicati presso ospedali sede di P.S. o DEA in Riabilitazione e Lungodegenza”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 22 dicembre 2017 n. U00565 “Presenza d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto “La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 14 maggio 2018 n. U00187 “Presenza d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei medici Pediatri di libera scelta avente per oggetto “La Nuova Sanità nel Lazio: Riorganizzazione dell'Assistenza Pediatrica Territoriale e la Medicina D'Iniziativa”;

**VISTO** l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome nella seduta del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR) ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al Decreto 2 aprile 2015, n. 70, sul documento “Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti”;

**VISTA** la Determinazione Dirigenziale G04933 del 13 aprile 2018: “Modifica Determinazione Dirigenziale n. G05704 del 12 maggio 2015 concernente il Gruppo di lavoro regionale tecnico scientifico, con istituzione del “Coordinamento Regionale Emergenza-urgenza” avente funzione di supporto alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali per le attività legate al sistema dell'emergenza sanitaria;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 5 giugno del 2018 n. U00226 “Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale. Testo Unico”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta dell'8 febbraio 2018 n. U00046 "Piano Nazionale della Cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'Intesa n. 62/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 -2016. Recepimento ed istituzione del Gruppo di lavoro regionale di coordinamento e monitoraggio”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 29 agosto 2018 n. U00314 “Recepimento Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento “Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti”;

**VISTA** la Determinazione regionale n. G10098 del 6 agosto 2018 relativa all'Istituzione del Coordinamento Regionale delle Reti Tempo-dipendenti avente funzione di garantire omogeneità ed uniformità degli interventi previsti nel documento “Linee guida per la revisione delle reti cliniche –

le reti tempo dipendenti”, della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome approvato nella seduta del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR);

**VISTA** la Delibera della Giunta Regionale del 30 ottobre 2018 n. 626 con la quale si è ritenuto di attivare la piattaforma “ADVICE” per la visualizzazione di immagini diagnostiche, analisi di laboratorio e per il teleconsulto fra centri “Hub” e “Spoke” delle Reti dell’Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive;

**VISTA** la Determinazione regionale del 12 dicembre 2018 n. G16185 “Attuazione DGR n. 626 del 30 ottobre 2018 "Programma di miglioramento e riqualificazione (art. 1, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232) Intervento 2.1 Telemedicina nelle Reti Ospedaliere dell'Emergenza. Attivazione della piattaforma "ADVICE" per il teleconsulto fra centri "Hub" e "Spoke" delle Reti dell'Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive";

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 30 aprile 2019 n. U00151 “Definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2019. Criteri di definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2020. Regole di remunerazione 2019-2021”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 30 aprile 2019 n. U00152 “Recepimento del "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 25 luglio 2019 n. U00302 “Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 25 luglio 2019 n. U00303 “Adozione del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019- 2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”;

**VISTO** l’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atti n. 143/CSR) sul documento “*Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 3 settembre 2019 n. U00361 “Recepimento dell'”Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR)”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 12 settembre 2019 n. U00378 “*Approvazione "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore)" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR)*”;

**CONSIDERATO** che il fenomeno del sovraffollamento (overcrowding) interferisce con il normale funzionamento del Pronto Soccorso a seguito della sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali;

**CONSIDERATO** che il fenomeno del sovraffollamento può generare un incremento del rischio clinico, sia per l'utenza che per gli operatori, ed un inadeguato rispetto della garanzia dei LEA e della qualità delle cure;

**RITENUTO** di ribadire che il contrasto del sovraffollamento del PS è una delle priorità non solo nell'ambito dell'emergenza ma anche in quello dei processi assistenziali dell'intera struttura della Regione;

**CONSIDERATO** che il sovraffollamento non può essere considerato evento di esclusiva pertinenza del PS/DEA, essendo fenomeno che riguarda l'intera struttura ospedaliera, costituendo quindi un problema da affrontare attraverso una riorganizzazione complessiva dei processi assistenziali;

**CONSIDERATO** che tra le azioni contenute nel Programma Operativo 2016-2018 (DCA U00052/2017) è prevista l'approvazione del Piano "Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento" da parte degli Ospedali sede di Ps/DEA;

**ATTESO** che il Coordinamento Regionale dell'Emergenza-Urgenza (DE n. G04933 del 13 aprile 2018) ha elaborato delle "*Linee di indirizzo per la redazione del Piano finalizzato alla gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e di contenimento del fenomeno del sovraffollamento*"; trasmesse alle aziende sanitarie con nota n. 223853 del 4 maggio 2017;

**CONSIDERATO** che le Aziende ospedaliere hanno provveduto alla redazione del Piano per la gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso per gli anni 2017 e 2018;

**RITENUTO** opportuno alla luce dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) fornire ulteriori indicazioni utili per avviare, a livello regionale, azioni di contrasto al fenomeno del sovraffollamento dei servizi di P.S., per un miglioramento complessivo delle attività del Pronto Soccorso;

**RITENUTO** pertanto, di dover procedere all'implementazione delle suddette linee di indirizzo ed alla predisposizione di un piano regionale per fronteggiare, secondo procedure strutturate e condivise, il sovraffollamento in Pronto Soccorso;

**VISTO** il documento denominato: "*Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*" elaborato con il supporto del Coordinamento Regionale dell'emergenza-urgenza;

**CONSIDERATO** che il documento risulta coerente con le "*Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*" (Conferenza Stato-Regioni 1° agosto 2019 – Rep. atti n. 143/CSR);

**RITENUTO** di approvare il "*Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR), che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

**RITENUTO** di dare mandato alle Aziende ed agli Enti del SSR di dare attuazione, ciascuno per quanto di competenza, alle azioni previste nell'allegato Piano;

**RITENUTO** di dare mandato alle strutture sanitarie coinvolte nella rete dell'emergenza-urgenza di provvedere all'adozione del "*Piano aziendale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*", secondo le linee di indirizzo regionali allegate al Piano;

**RITENUTO** di stabilire che le Direzioni delle Aziende e degli Enti del SSR dovranno garantire la massima diffusione del presente atto agli operatori interessati;

### **DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa

1. di approvare il "*Piano regionale per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso*" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR), che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di stabilire che le Aziende e gli Enti del SSR dovranno, ciascuno per quanto di competenza, attuare le azioni previste nel Piano *regionale*;
3. di dare mandato alle strutture sanitarie coinvolte nella rete dell'emergenza-urgenza di provvedere all'adozione del "*Piano aziendale dei ricoveri da Pronto Soccorso per la gestione del sovraffollamento*", secondo le linee di indirizzo regionali allegate al Piano indicato al punto 1;
4. di stabilire che le Direzioni delle Aziende e degli Enti del SSR dovranno garantire la massima diffusione del presente atto agli operatori interessati;
5. di stabilire che con successivi atti si provvederà alla revisione periodica delle linee di indirizzo regionali allegate al Piano di cui al punto 1.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente Decreto è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla pubblicazione sul B.U.R.L., ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

Nicola Zingaretti



# **PIANO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO**

**Elaborato dal Coordinamento Regionale dell'emergenza-urgenza**

**OTTOBRE 2019**





## INDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUZIONE.....   | 3  |
| INTERVENTI REGIONALI RELATIVI AL SISTEMA DELL'EMERGENZA.....  | 3  |
| ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO.....  | 5  |
| INTERVENTI PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PS.....  | 5  |
| - Governance Regionale.....   | 5  |
| - Umanizzazione e Informazione.....   | 6  |
| - Regolazione degli Accessi.....  | 7  |
| - Flussi e Permanenza in Pronto Soccorso.....   | 7  |
| - Dimissione da Pronto Soccorso.....  | 8  |
| - Programmazione dei Ricoveri e dei Trasferimenti da Pronto Soccorso.....   | 9  |
| - Percorso di ricovero e dimissione ospedaliera.....  | 9  |
| - Dichiarazione e Gestione del Sovraffollamento.....  | 11 |
| - Piano Aziendale dei ricoveri da Pronto Soccorso e di gestione del sovraffollamento.....   | 11 |
| - Bed Management.....   | 12 |
| - Formazione.....   | 12 |
| - Programma di miglioramento.....   | 12 |
| - Valutazione delle Performance .....   | 13 |
| - Sistema di monitoraggio.....  | 13 |
| LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA REDAZIONE<br>DEI PIANI AZIENDALI DEI RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO<br>E DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO..... | 15 |
| Schede Piano Aziendale dei Ricoveri da Pronto Soccorso<br>e di Gestione del Sovraffollamento.....   | 20 |



## PIANO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

### INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso (PS) costituisce il principale punto di riferimento per i cittadini e garantisce alla popolazione una risposta di salute certa ed equa per accessi sanitari urgenti caratterizzati da priorità e bisogni differenti.

L'obiettivo principale dell'attività di pronto soccorso è di stabilizzare e trattare i pazienti in condizioni critiche; per gli altri il percorso assistenziale è finalizzato, nei tempi previsti, alla migliore definizione clinica in grado di supportare la decisione appropriata del ricovero o la dimissione in sicurezza, con eventuale prescrizione terapeutica e/o prenotazione di attività ambulatoriale.

Il sovraffollamento è la principale criticità del Pronto Soccorso, che si determina quando il numero dei pazienti presenti supera la capacità assistenziale del personale, incidendo sui tempi della risposta e sulla qualità e sicurezza del servizio.

Questo fenomeno viene definito a livello internazionale "overcrowding", determinato sia da una condizione di iperafflusso dei pazienti che dalla permanenza all'interno del PS, e costituisce, nel mondo, una criticità costante dei Servizi di Emergenza. Nella Regione Lazio il sovraffollamento è, principalmente, determinato dalla condizione di "boarding", termine che identifica la permanenza in PS dei pazienti che hanno completato il percorso assistenziale ed attendono la disponibilità di un posto letto per il ricovero.

Il sovraffollamento è responsabile del fenomeno del "blocco ambulanze" ARES 118, definizione con la quale viene indicata la sosta del mezzo superiore a 30 minuti, che incide sulla qualità del soccorso extra-ospedaliero e richiede la necessità di acquisire turni di ambulanze aggiuntive con un ulteriore impegno economico.

Gli eventi di conflitto in PS sono più frequenti e vengono favoriti dai tempi di attesa nelle varie fasi del percorso e dalla difficoltà del personale di rispondere, completamente, alle esigenze relazionali e cliniche richieste dai pazienti presenti in numero superiore alla capacità assistenziale.

Queste condizioni di lavoro influiscono negativamente sul benessere delle persone assistite e del personale, contribuendo a determinare una percezione dei Servizi di Emergenza, che non rende il giusto merito alla dedizione e all'impegno profuso quotidianamente dai professionisti.

La Regione Lazio nel recepire le "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" si pone l'obiettivo di rendere strutturale la programmazione e la strategia, già messa in campo, con interventi di "sistema", da adottare sull'intera filiera assistenziale, per incidere sulle condizioni determinanti questo fenomeno.

L'obiettivo istituzionale è perseguire il progressivo miglioramento della risposta assistenziale, nella consapevolezza dell'esistenza di situazioni periodiche di rischio in cui è necessario mettere in atto interventi straordinari in grado di contenere il fenomeno all'interno di condizioni sostenibili per le persone e per il personale.

Il presente documento contiene le indicazioni per l'attuazione delle azioni previste nel Piano regionale e le linee di indirizzo per la redazione del Piano aziendale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. Tale Piano aziendale dovrà essere predisposto e trasmesso annualmente entro il 1° dicembre alla Direzione Regionale competente in materia sanitaria.

### INTERVENTI REGIONALI RELATIVI AL SISTEMA DELL'EMERGENZA

La Giunta Regionale nel suo percorso di uscita dal commissariamento, iniziato nella precedente consiliatura, ha dedicato una parte significativa dei propri interventi di programmazione, investimento e politiche del personale ai Servizi di Emergenza.

Nel 2013 la Regione Lazio ha definito che "il sovraffollamento non può essere considerato un fenomeno di esclusiva pertinenza del PS/DEA, ma deve essere affrontato attraverso un processo di riorganizzazione dell'intera attività ospedaliera e territoriale".

Il Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Scientifico, istituito per le attività legate al sistema dell'emergenza sanitaria, ha predisposto per tutte le strutture sede di PS/DEA un sistema di monitoraggio sui flussi dotato di indicatori di processo, prodotto raccomandazioni per il contrasto al sovraffollamento in Pronto Soccorso e definito una serie di azioni che, inserite negli atti programmatori regionali dal 2014, sono state realizzate:

- sistema TELEMED per la trasmissione degli elettrocardiogrammi dalle ambulanze ARES 118 direttamente alle strutture della Rete Cardiologica regionale con emodinamica, anticipando così la diagnosi di STEMI;
- 38 nuovi punti di atterraggio per l'elisoccorso utilizzabili per il volo notturno (L.R. 24 Novembre 2014, n. 11);
- piattaforma per la Gestione dei Posti Letto nei reparti di area critica con la rilevazione, per ogni struttura ospedaliera inserita nella rete dell'emergenza, del numero dei posti letto accreditati attivi, liberi ed occupati;
- sistema di teleconsulto, denominato "ADVISE", tra le strutture con Pronto Soccorso all'interno delle Reti assistenziali;



- separazione dei percorsi di PS per intensità di cura;
- Linee di indirizzo per la redazione del Piano Aziendale “*Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento*” con la definizione di indicatori sul sovraffollamento disponibili su piattaforma web all’indirizzo: <http://118realtime.ised.it/view>;
- Triage a 5 codici finalizzato alla migliore definizione delle priorità di accesso, alla attivazione di un triage avanzato e di percorsi secondo la complessità clinica;
- Protocollo d’Intesa, con le Associazioni Aiop – Aris – Unindustria – Pol. Universitario Campus Biomedico” finalizzato al ricovero dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso nelle Case di Cura accreditate per acuti, esteso nel successivo accordo per il trasferimento dai reparti ospedalieri alle Strutture accreditate di Riabilitazione e Lungodegenza;
- implementazione delle reti tempo-dipendenti con la produzione dei PDTA.

In occasione del Giubileo Straordinario del 2015, la Regione Lazio ha avviato un programma di investimenti per la ristrutturazione di 12 Pronto Soccorso di Roma, l’acquisto di nuove attrezzature nei principali DEA/PS di Roma e Provincia, l’assunzione di 578 unità di personale medico e infermieristico, la formazione FAD/Residenziale sulle Reti Tempo Dipendenti ed il Triage a 5 codici.

La Regione Lazio ha sviluppato progetti volti a facilitare la relazione tra il cittadino ed i servizi sanitari in situazioni di criticità:

- “*Sono qui per te*” finalizzato all’umanizzazione e all’accoglienza dei pazienti e dei loro familiari in n. 8 Pronto Soccorso con istituzione degli assistenti di Sala che intervengono per collaborare con il personale sanitario;
- “*Accorciamo le distanze*” volto a migliorare l’assistenza sanitaria in emergenza nelle isole e nelle zone con difficoltà di accesso, finanziato dal Ministero della Salute.

Nel processo di riorganizzazione delle attività sanitarie regionali sono state realizzate, per il potenziamento dei servizi territoriali e l’integrazione Ospedale-territorio, le sottoindicate azioni finalizzate a trasferire in ambito territoriale la gestione delle patologie croniche e delle urgenze minori:

- Case della Salute;
- ambulatori di cure primarie con Medici di Medicina Generale (MMG) e presidi di Continuità assistenziale Pediatrica con Pediatri di Libera Scelta (PLS) durante i fine-settimana;
- sistema informatico “Dimissioni Concordate”, per la gestione delle richieste di attivazione del percorso di assistenza domiciliare (ADI);
- recepimento con il DCA 46/2018 del Piano Nazionale Cronicità;
- piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021 (DCA U00303/2019);
- linee d’indirizzo regionali su: “Unità di Degenza a Gestione Infermieristica (UDI) - Modello organizzativo (DCA U00370/2014).

Nel 2017 gli ospedali inclusi nella Rete dell’Emergenza hanno predisposto, secondo le indicazioni regionali, il primo Piano Aziendale “*Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento*” che, con incontri dedicati, è stato condiviso con il Gruppo Tecnico regionale.

Nel 2018 gli ospedali hanno predisposto la seconda revisione del Piano.

Con il presente documento vengono aggiornate le Linee di indirizzo regionali, in linea con quanto contenuto nell’Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019 (N. 143/2019).

La Regione negli atti programmatori del 2019 ha previsto di:

- ottimizzare l’uso delle risorse finanziarie, nei limiti di quanto previsto dalla *spending review*, per evitare il congestionamento nelle Aree di Emergenza ed Urgenza, migliorare l’appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza al DM 70/2015 (DCA 151/2019);
- inserire nel Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 alcuni obiettivi relativi alla tematica del sovraffollamento (DCA 303/2019).



## ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Dal rapporto sull'attività di Ricovero per Acuti negli Istituti del Lazio del 2018 risulta che gli accessi in PS/DEA sono stati 1.928.168, di cui 3,1% in codice triage rosso, 27% in codice triage giallo, 65,2% in codice triage verde, 4,3% in codice triage bianco e 0,3% non eseguito.

La modalità di accesso è stata del 15,6% con mezzi ARES 118, del 78,8% in modo autonomo e del 5,6% con modalità "altro arrivo".

I pazienti con codice giallo hanno atteso più di 15 minuti per la visita nel 63,3 % dei casi; in merito ai pazienti con codice verde il 40 % di loro ha atteso più di 60 minuti per la visita.

L'88,5% degli accessi ha registrato una permanenza in PS/DEA inferiore a 12 h, il 3,4% tra 12-24 h, il 5,6% tra 24-48 h e il 2,5% superiore a 48 h.

La chiusura delle schede entro le 12 ore viene considerato un Indicatore adeguato se la percentuale degli accessi risulta essere superiore al 92% rispetto al totale degli accessi.

Nel 2018, nel Lazio, 22 ospedali avevano un valore adeguato ( $\geq 92\%$ ), mentre, dei rimanenti 31, ben 24 avevano un valore non adeguato ed inferiore al 90%.

L'esito dell'accesso in PS è stato per il 63,4 % la dimissione a domicilio, per il 14,1 % il ricovero, per il 2,3% il trasferimento, per il 5,8% il rifiuto del ricovero, per lo 0,2% il decesso e per il 6% dei casi la dimissione con prenotazione di accertamento specialistico presso una struttura ambulatoriale.

Dall'attività di verifica dei risultati assistenziali e dagli incontri con gli ospedali, da parte del Coordinamento della Rete di Emergenza, sono emersi alcuni aspetti relativi a:

- azione di filtro dell'assistenza territoriale;
- disponibilità di personale sanitario in numero appropriato alla gestione della permanenza e del boarding;
- carenza di posti letto in aree regionali specifiche per un rapporto non equilibrato tra popolazione e accessi di PS o per l'indisponibilità di posti letto previsti nella programmazione regionale;
- tempistica di ricovero da Pronto Soccorso non coerente con il trend dei nuovi accessi;
- percezione del sovraffollamento del PS nell'intera struttura ospedaliera;
- dimissioni ospedaliere non finalizzate ad un miglioramento del turnover;
- discontinuità nel cambio di setting sia di ricovero che territoriale.

Il miglioramento della condizione di sovraffollamento è, altresì, necessario per consentire una risposta assistenziale efficace in caso di eventi con massiccio afflusso di feriti, che, comunque, richiedono la preparazione di specifiche misure organizzative secondo le indicazioni contenute nel PEIMAF.

## INTERVENTI PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PS

La Regione Lazio, in ragione delle attività realizzate, ha ritenuto necessario delineare un sistema organico di interventi multifattoriali che coinvolgano in maniera trasversale i servizi sanitari regionali.

Gli ambiti di intervento previsti nel documento - elaborato in coerenza con le Linee di indirizzo nazionali, sancite con Accordo in Conferenza Stato Regioni il 1° agosto 2019 – riguardano le seguenti aree:

- regolazione degli accessi in Pronto Soccorso;
- gestione dei flussi in PS e del ricovero dei pazienti;
- interventi straordinari per il sovraffollamento;
- supporto da parte delle strutture accreditate alla Rete dell'Emergenza;
- facilitazione delle dimissioni e del cambio di setting assistenziale;
- integrazione tra ospedale e territorio;
- relazione con il cittadino.

Nell'atto sono contenute azioni previste nel DCA 303/2019 come "provvedimenti per il contrasto al sovraffollamento in PS" che comprendono interventi di programmazione regionale e di riorganizzazione ospedaliera e territoriale, da contestualizzare nelle singole strutture.

### Governance Regionale

La Direzione Regionale, con il supporto del Coordinamento della Rete di Emergenza, predispone la programmazione degli interventi regionali e l'attuazione del programma di miglioramento continuo, secondo la metodologia di "Audit e Feedback", condiviso con la Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere/Universitarie e con gli Enti Accreditati dotati di Pronto Soccorso.

L'obiettivo è proporre, facilitare e realizzare percorsi di continuità e di cambio di setting assistenziale attraverso l'integrazione dei diversi settori del Servizio Sanitario Regionale (SSR) grazie ad accordi strutturati, supportati da strumenti informatici e da sistemi informativi.



Il metodo di lavoro si basa sullo studio dei flussi assistenziali con tecnica “lean” e strategia “health value based”, attraverso incontri periodici sul campo e trasmissione di competenze trasversali tra il Coordinamento Regionale e i singoli nodi della Rete.

Il Coordinamento della Rete di Emergenza è costituito dai dirigenti della Direzione Regionale, da professionisti, dal Dipartimento di Epidemiologia e da stakeholders con l’obiettivo di:

- Analizzare e implementare gli interventi regionali e aziendali in relazione alle criticità emerse;
- Individuare, con i professionisti della Rete, gli interventi organizzativi e assistenziali da diffondere come “buone pratiche”;
- Ricoprire il ruolo di Cabina di Regia per periodi o condizioni di criticità o rischio con l’obiettivo di verificare la fattibilità di interventi straordinari e temporanei;
- Monitorare gli indicatori assistenziali con la produzione di report trimestrali e annuale;
- Predisporre la revisione periodica del modello regionale del Piano aziendale per la gestione del sovraffollamento;
- Indicare gli obiettivi per il piano formativo;
- Preparare un incontro annuale sul tema del sovraffollamento.

La collaborazione tra livello programmatico regionale e organizzativo aziendale è determinante per la realizzazione degli interventi previsti, per cui verrà garantita la massima coerenza con gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

### **Umanizzazione e Informazione**

La Regione Lazio ha l’obiettivo di migliorare la relazione fra le Persone e il Servizio Sanitario Regionale con azioni di prossimità e di facilitazione verso l’accesso a servizi appropriati con tempi gestionali migliori.

Il progetto “Sono qui per te” e le attività di accoglienza, sviluppate da alcune Aziende, costituiscono una consolidata “buona pratica” di accompagnamento delle persone e dei familiari durante la permanenza in PS.

L’obiettivo è l’implementazione e l’estensione di questi servizi, anche in collaborazione con personale di associazioni di volontariato, formato e coordinato. Queste attività dovranno essere supportate dallo sviluppo di strumenti visivi e di applicazioni informatiche utili per la conoscenza del percorso clinico e gestionale del PS, oltre ad assicurare la comunicazione tra le persone situate all’interno e all’esterno del PS.

Gli stakeholders hanno rappresentato l’importanza per i pazienti fragili di poter disporre di device o attenzioni utili ad alleviare il disagio durante la permanenza in PS, come, ad esempio, la disponibilità del materasso antidecubito per le persone con lesione midollare. L’obiettivo è condividere una checklist di strumenti o attenzioni da inserire nella gestione quotidiana del PS.

La condizione di “fine vita” in PS richiede un impegno etico del SSR, che si realizza con la definizione di un percorso aziendale dedicato a questo momento e l’identificazione di luoghi adeguati all’interno della struttura ospedaliera.

La dimissione dal PS deve prevedere la consegna della cartella clinica, contenente i risultati delle attività svolte, in modo che la persona possa disporre della documentazione per successivi controlli, anche non previsti a breve distanza di tempo.

La Regione Lazio ha sviluppato nei programmi operativi servizi territoriali, alternativi o complementari al PS, e percorsi per i pazienti cronici, ai quali il cittadino possa rivolgersi attraverso una Centrale Operativa (CO) in grado di svolgere informazione e triage con strumenti validati. Questa attività può essere inserita, inizialmente, nell’attuale sistema della continuità assistenziale, in attesa dell’implementazione verso il numero unico europeo CO 116117.

Queste attività saranno oggetto di una campagna informativa sui media insieme a quelle relative alle modalità di accesso e all’uso appropriato del PS.

Nell’ottica di facilitare la relazione delle persone con i servizi sanitari, è prevista la produzione di una Carta dei Servizi del Pronto Soccorso, diversificata per ospedale e problema clinico, con l’indicazione delle informazioni utili per: flussi, percorsi, tempistica, modalità di dimissione, accesso a controlli programmati, documentazione amministrativa.

### **Linee di intervento previste**

- Nella revisione del “piano aziendale dei ricoveri da PS e per la gestione del sovraffollamento”, prevista entro il 1° dicembre 2019, devono essere indicati:

- Percorso aziendale dedicato per la condizione di “fine vita”;
- Disponibilità della cartella clinica completa alla dimissione dal PS;

- Entro il 2020:

- Carta dei Servizi del Pronto Soccorso contenente le informazioni sui percorsi e la documentazione amministrativa;
- Estensione dei servizi di accoglienza ed implementazione con strumenti visivi o informatici;
- Produzione di checklist di strumenti e attenzioni utili per pazienti fragili in PS;
- CO per l’informazione relativa alle modalità di accesso a strutture territoriali e per l’uso appropriato del PS con implementazione prevista nella CO 116117 entro 2021.





### Regolazione degli Accessi

Gli accessi al Pronto Soccorso, seppure in lieve riduzione negli anni, sono l'espressione di un bisogno di salute che richiede un approccio globale dei servizi sanitari per rendere il loro utilizzo appropriato, efficace e con tempistiche sostenibili.

La Regione Lazio ha l'obiettivo di incidere sugli accessi autonomi a basso rischio evolutivo, sui soccorsi 118 e sulle persone già in carico alle Unità Operative.

Nella precedente Consiliatura è iniziato un programma di ampliamento dell'offerta territoriale, con la progressiva apertura di Case della Salute, Ambulatori di Cure Primarie (ACP) con copertura assistenziale estesa a weekend e festivi, Ambulatori di MMGG adiacenti al Pronto Soccorso e Ospedali di Comunità. L'obiettivo, a breve e medio termine, è aumentare il numero di Ambulatori di Cure Primarie (ACP), con sede in prossimità dei PS, fornirli di una dotazione tecnologica coerente con la mission prevista, informando al contempo l'utenza relativamente alle attività e prestazioni erogabili. Questa offerta si è dimostrata un'opportunità per attività cliniche complementari o alternative all'accesso in PS per i pazienti a minore rischio, per cui è necessario implementare la qualità dell'offerta e il ruolo nella Rete inserendo negli accordi di settore condizioni cliniche e procedure terapeutiche specifiche, caratteristiche delle "urgenze minori", su cui formare il personale. I pazienti presi in carico da queste strutture o servizi non vengono registrati nel sistema informatico di PS, ma in un sistema informativo dedicato necessario per analizzare i volumi e le attività svolte.

Nell'ambito dell'integrazione Territorio-Ospedale verrà attuato un progetto proattivo di alert sui "frequent users" e/o "pazienti fragili/multicronici" e di presa in carico all'interno dei percorsi previsti dal piano delle cronicità.

Il soccorso 118 determina il 18% degli accessi di PS che, per l'alto tasso di ricovero da cui sono caratterizzati, incidono soprattutto sulla permanenza e sul boarding e nello stesso tempo costituiscono l'unico frammento governabile per distribuzione.

Il Coordinamento Regionale ha condiviso con la Direzione di Ares 118 un cruscotto metropolitano giornaliero degli accessi, visibile on line e sottoposto a revisione annuale, con *cut off* definiti sulla capacità strutturale del singolo ospedale in relazione con i percorsi di competenza e i tempi di accesso.

L'insorgenza di condizioni di urgenza in persone in carico alle Unità Operative (UO) ospedaliere, in un altro regime assistenziale, devono prevedere percorsi aziendali strutturati al fine di evitare l'accesso in PS. Tali percorsi devono essere fondati sulla capacità di armonizzare le esigenze assistenziali di questi pazienti e la condizione di sovraffollamento e boarding in PS, rispondendo sempre ai principi di equità, di continuità delle cure e di conforto nel rispetto della normativa vigente.

### Linee di intervento previste

- Nella revisione del "piano aziendale dei ricoveri da PS e per la gestione del sovraffollamento" prevista entro il 1° dicembre 2019 devono essere indicati:

- Percorsi aziendali di presa in carico diretta da parte delle UO di persone in cura con condizioni di urgenza;

- Entro dicembre 2019:

- "Cruscotto metropolitano degli accessi 118" sottoposto a revisione annuale con atto deliberativo ARES 118;

- Entro il 2020:

- Identificazione di condizioni cliniche e procedure terapeutiche da indirizzare nelle strutture territoriali;

- Inserimento delle condizioni cliniche e procedure terapeutiche identificate negli accordi di settore per l'attività di Case della Salute, Ambulatori di Cure Primarie e Ospedali di Comunità;

- ACP con professionalità e dotazione tecnologica coerente con la mission prevista;

- Progetto proattivo Territorio-Ospedale sui "frequent users" e "pazienti fragili/multicronici".

### Flussi e Permanenza in Pronto Soccorso

La permanenza in PS è una condizione determinata da un complesso di fattori che, principalmente, riguardano l'organizzazione dei flussi e lo squilibrio tra organico disponibile e persone presenti. L'indicatore temporale del processo di PS è la chiusura dei casi nel 90% entro 12 h, con esclusione degli accessi in OBI che, in coerenza con le Linee Guida Nazionali, dovrà essere progressivamente ridotto nell'arco del 2020 a 8 h.

Il governo di questa fase richiede interventi relativi ad aspetti strutturali, funzionali, relazionali e di personale, quindi diventa indispensabile un profondo lavoro di riorganizzazione su linee di azione relative a leadership, multidisciplinarietà, flussi e integrazione con i servizi ospedalieri al di fuori del sistema di emergenza.

Il rapporto adeguato personale-pazienti è la condizione determinante per mantenere qualità assistenziale e sicurezza.

Il monitoraggio on line dimostra che il numero di persone presenti è, sostanzialmente, costante nel tempo con periodi di maggiore afflusso prevedibili secondo l'andamento storico.

Il rapporto adeguato personale-pazienti è, quindi, programmabile nelle varie fasi assistenziali, per cui è necessario che l'organizzazione del lavoro, da indicare nel piano, sia sviluppata in relazione ai flussi e ai picchi di presenze.

Questa metodologia organizzativa richiede un approfondimento sulla dotazione di personale, che attualmente è legata al numero di accessi, non tenendo conto di permanenza e boarding. I risultati di questa analisi saranno determinanti per la



revisione della normativa sui requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie (DCA U0090/2010 e DCA U0008/2011) nella parte relativa al personale sanitario di Pronto Soccorso.

La permanenza prolungata dei malati in Pronto Soccorso determina il fenomeno del "blocco ambulanze", per cui nel piano è stata definita la dotazione necessaria di barelle "funzionanti", secondo il dato storico dei presenti alle ore 14. Nelle strutture ospedaliere a maggiore rischio di sovraffollamento deve essere prevista, nelle ore diurne, la figura di responsabile per la gestione del "blocco ambulanze" con l'obiettivo di poter attingere, nei momenti di criticità, alla dotazione ospedaliera. La separazione dei flussi tra differenti livelli di intensità di cura deve essere integrata con azioni che incidano sulle criticità come il fenomeno delle code e delle attese, l'aumento degli esami diagnostici di II livello, la gestione delle consulenze, la presenza di specifiche tipologie di pazienti.

I percorsi di *Fast Track* in PS, previsti nel DCA U00379/2019 relativo all'Approvazione del "*Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore)*", devono coinvolgere in maniera strutturata e obbligatoria le specialità presenti nella struttura ospedaliera, secondo modalità aziendali organizzate in relazione alla frequenza degli accessi, con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa e la permanenza in PS con l'attivazione precoce del percorso specifico. Nell'ambito dei "percorsi rapidi" è possibile sperimentare la funzione di "*see and treat*" secondo le indicazioni delle linee di indirizzo nazionali e regionali sul triage intraospedaliero.

I flussi sono facilitati dallo sviluppo di percorsi assistenziali e di ricovero strutturati per la gestione delle condizioni cliniche inserite nelle Reti Tempo-dipendenti o più significative per impegno di risorse e complessità clinica come la persona con necessità di cure intensive, oncologiche, psichiatriche, infettive. La disponibilità di percorsi e l'implementazione di una "*formazione sul campo*" sono azioni aziendali determinanti per la condivisione di attività cliniche, la riorganizzazione multidisciplinare e la continuità assistenziale tra l'attività di PS e quella dell'Ospedale.

In questa logica l'esecuzione della consulenza specialistica in PS richiede un progetto aziendale che ne definisca la tempistica, la modalità descrittiva e la definizione del successivo percorso del paziente, in una logica di corresponsabilizzazione e presa in carico della persona durante la permanenza fino alla sua definitiva destinazione, sul modello di quanto indicato nel sistema di teleconsulto.

Il governo dei flussi richiede di individuare il personale sanitario con il ruolo di riferimento gestionale nei:

- PS/DEA una professionalità in turno h 24 per la gestione organizzativa e il collegamento con i nodi delle reti cliniche;
- DEA nelle ore diurne una professionalità fuori turno che assume anche la funzione di supporto per i flussi e la decisione clinica.

#### Linee di intervento previste

- Nella revisione del "piano aziendale dei ricoveri da PS e per la gestione del sovraffollamento" prevista entro il 1° dicembre 2019 devono essere indicati:

- Programmazione della disponibilità di barelle con indicazione di un responsabile diurno nelle strutture a maggiore rischio di sovraffollamento;
- Percorsi aziendali di *Fast Track* in PS obbligatori per le specialità presenti nella struttura ospedaliera;
- Percorsi di continuità assistenziale multidisciplinare per le Reti e le patologie ad alta complessità clinica tra il PS e le UO;
- Modalità aziendali di espletamento di consulenze specialistiche in PS;
- Individuazione di professionalità di riferimento per la gestione clinica e dei flussi.

- Entro il 2020:

- Revisione dei requisiti relativi al personale sanitario in PS sul volume di persone presenti.

#### Dimissione da Pronto Soccorso

La facilitazione e la sicurezza della dimissione costituiscono una condizione che può influire sulla riduzione dei tempi di permanenza e indirettamente sulla pressione determinata dal numero di persone presenti.

L'integrazione dei percorsi fra Pronto Soccorso e Servizi dell'Ospedale, già descritta nel paragrafo precedente, è una condizione determinante per il medico che si può avvalere dell'esecuzione di esami diagnostici prima della dimissione e della prenotazione diretta di prestazioni e procedure ambulatoriali, secondo una tempistica coerente con le Linee di indirizzo nazionali e la condizione clinica. Per quanto riguarda la prenotazione diretta alla dimissione da PS di prestazioni ambulatoriali, oltre la procedura intra-aziendale, devono essere realizzati accordi tra Azienda Ospedaliera e Azienda Territoriale nel rispetto della tempistica indicata in precedenza. La comunicazione fra le figure coinvolte sarà facilitata da uno strumento di cooperazione applicativa tra il sistema informativo del PS e il Fascicolo Sanitario Elettronico, che consenta l'invio di un avviso al MMGG/PLS al momento della dimissione della persona con le informazioni utili ai successivi controlli, durante i quali sia possibile la consultazione della cartella clinica. In questo modo si concretizza l'integrazione tra PS e MMGG/PLS quale ulteriore elemento della certezza e della sicurezza del percorso di cura.

#### Linee di intervento previste

- Nella revisione del "piano aziendale dei ricoveri da PS e per la gestione del sovraffollamento" prevista entro il 1° dicembre 2019 devono essere indicati:



- Disponibilità prima della dimissione da PS di prestazioni diagnostiche specialistiche secondo i tempi previsti dalle Linee di indirizzo nazionali;
- Prestazioni e procedure ambulatoriali con prenotazione contestuale alla dimissione con la tempistica appropriata alla condizione clinica;
- Entro il 2020:
  - Cooperazione dei sistemi informatici di PS e FSE per l'invio contestuale alla dimissione di alert al MMGG o PLS e la consultazione della cartella clinica di PS.

#### Programmazione dei Ricoveri e dei Trasferimenti da Pronto Soccorso

L'incidenza regionale dei ricoveri da PS è bassa con un andamento regolare e periodico, che consente una programmazione ospedaliera per volume complessivo e specificità di area di ricovero, soprattutto se in presenza di indicatori di ricovero efficienti.

La Regione Lazio ha l'obiettivo, indicato nei programmi operativi, di incidere sulla principale condizione strutturale di criticità prevedendo "la rimodulazione dei posti letto con particolare riferimento al riequilibrio della distribuzione territoriale e alle discipline maggiormente oggetto di ricovero da PS" (DCA 303/2019). Tale obiettivo deve essere integrato in alcune aree regionali dal recupero di posti letto non attivi finalizzato alla gestione del sovraffollamento.

Il Piano richiede la programmazione di un cruscotto dei ricoveri strutturato ed indirizzato per volumi e specificità di area di ricovero, in grado di permettere, se sviluppato su più giorni, maggiori margini di flessibilità tra UO.

La revisione annuale dell'accordo Regionale con le Case di Cura Accreditate non inserite nella di Rete di Emergenza ha consentito un aumento significativo dei trasferimenti da PS, soprattutto in area medica; nell'ottica di destinare maggiori risorse alle Strutture Ospedaliere dotate di minore capacità strutturale, è indicata una revisione nella parte dell'accordo dedicata alle afferenze.

La permanenza in PS dei pazienti in attesa di posto letto determina la riduzione della qualità assistenziale e il ritardo del percorso di ricovero, per cui va sviluppato un progetto di continuità assistenziale, tra personale di PS e delle UO, per attivare, sin dalla fase diurna, le attività proprie di reparto per i pazienti in boarding in modo da rendere attivo questo tempo di transizione.

La tempistica Ospedaliera del ricovero deve essere riorganizzata per essere coerente con il flusso dei nuovi accessi per cui, nelle strutture con indicatori di boarding non adeguati, è prevista l'istituzione della Holding Area, preferibilmente diurna e in ambienti esterni al PS, al fine di consentire la presa in carico, entro le ore 12:00, da parte di personale non di Pronto Soccorso del 60% dei ricoveri giornalieri previsti con cartella di PS chiusa.

La presenza di condizioni strutturali, funzionali e di personale non adeguate all'apertura della Holding va indicata nel piano. In questo caso l'Azienda dovrà sviluppare un progetto con la stessa logica ed obiettivo, che individui la sede disponibile in qualunque area e coinvolga il personale dell'intero Ospedale.

I progetti finalizzati al contenimento del sovraffollamento hanno l'obiettivo di integrare il personale aziendale nella riorganizzazione dei percorsi di cura e sono sostenuti utilizzando l'incentivazione prevista nella programmazione regionale. Il Bed Management supporta e facilita l'attuazione di questi processi secondo la checklist di funzioni descritte nello specifico paragrafo.

La Regione Lazio ha l'obiettivo di ridurre la permanenza in PS dei pazienti a maggiore complessità con un progetto di attivazione di posti letto semi-intensivi, prioritariamente nelle UO Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza e, progressivamente, nelle Aree ad alta Intensità di Cura secondo la normativa e il fabbisogno previsto.

#### Linee di intervento previste

- Nella revisione del "piano aziendale dei ricoveri da PS e per la gestione del sovraffollamento" prevista entro il 1° dicembre 2019 devono essere indicati:
  - Programmazione dei ricoveri da PS adottando il sistema del cruscotto;
  - Progetto di continuità assistenziale integrato tra UO per l'inizio delle attività di ricovero durante il boarding;
  - Apertura di Holding Area o di altra progettualità da contestualizzare nella struttura;
- Entro il 2020:
  - Rimodulazione e recupero dei posti letto non attivi con riferimento alla distribuzione territoriale e alle discipline;
  - Revisione dei volumi di trasferimento CdCA;
  - Definizione di requisiti e apertura progressiva di letti di terapia sub-intensiva.

#### Percorso di ricovero e dimissione ospedaliera

Il fenomeno del boarding riflette la capacità di gestione interna del percorso di ricovero e di dimissione su cui incidono fattori sociali, clinici e di continuità con gli altri setting assistenziali.

Sul tema del percorso di ricovero la Regione Lazio ha inserito nei Programmi Operativi e nel Piano obiettivi specifici per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie relativi all'efficienza dei reparti di degenza e di riduzione dei ricoveri impropri.





Il miglioramento del percorso di ricovero è subordinato ad un processo di riorganizzazione ospedaliera per percorsi assistenziali e attività multidisciplinari, finalizzati all'appropriatezza e alla tempistica della diagnostica di II livello, delle consulenze e della disponibilità di sala operatoria.

Gli indicatori di efficienza del ricovero sono stati definiti con i seguenti valori soglia:

- tempo medio di esecuzione e refertazione di procedure diagnostiche di II livello dalla richiesta inferiore a 48 h;
- tempo medio di attesa pre-operatoria in elezione dal momento del ricovero inferiore a 1,7 giorni;
- tempo medio di ricovero per specialità non superiore agli indicatori della media nazionale.

Il processo di dimissione è governato da una programmazione affidata al Bed Management, che ha la visione complessiva e prospettica della disponibilità dei posti letto con il coinvolgimento e il contributo attivo delle singole Unità Operative.

Le linee di azione per la dimissione riguardano:

- attivazione del Bed Management e dei servizi socio-sanitari entro i primi due giorni di ricovero, in particolare per i casi con previsione di "dimissione difficile";
- disponibilità giornaliera delle dimissioni previste nelle 24-48 h successive;
- programma di dimissioni nei weekend e festivi in grado di mantenere il numero dei ricoveri giornalieri previsti nel piano.

Il cambio di setting è il punto di incontro tra l'Ospedale e il Territorio, considerando anche le Strutture Accreditate per Riabilitazione, Post-Acuzie e Lungodegenza.

L'integrazione Ospedale-Territorio richiede l'attivazione di strumenti di facilitazione e relazione fra i vari attori per recuperare le risorse funzionali necessarie per aumentare la disponibilità dei servizi con tempi più sostenibili.

Il cambio di setting deve essere governato a livello Aziendale attraverso una Centrale Operativa Aziendale (COA), che lavora, all'interno del Bed Management, secondo il modello di "care management". La COA mette in relazione il bisogno e le priorità delle UO in relazione alla complessità clinica e alla durata della degenza, con la disponibilità degli altri setting di ricovero o del territorio attraverso percorsi di continuità intraaziendali o accordi interaziendali.

L'attivazione del Modulo "Dimissioni Concordate" del sistema SIAT permette l'informatizzazione della richiesta da parte dei reparti di ricovero per acuti verso i Centri distrettuali di competenza, per la valutazione dei pazienti eleggibili per le Cure Domiciliari. Tale funzione dovrà essere integrata con la definizione di un indirizzo regionale, che consenta la delega all'Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera, già prevista dal DCA U00431/2012, di eseguire, dopo un'adeguata formazione e validazione dell'equipe, la valutazione preliminare ai fini della presa in carico in ADI. Tale valutazione è finalizzata all'attivazione di un pacchetto standard assistenziale, da regolamentare e formalizzare, di durata limitata e predefinita, che ha l'obiettivo di fornire una prima risposta domiciliare ai bisogni dell'assistito e di consentire la valutazione definitiva da parte dell'ASL di competenza facilitando una dimissione precoce.

In questo setting è stato sviluppato un accordo con le Strutture Accreditate di Riabilitazione e Lungodegenza, che deve essere approfondito per alcuni aspetti, al fine di consentire un aumento dei trasferimenti da Ospedali per acuti, valutare la piena applicazione dei criteri di inclusione e facilitare i percorsi dei "pazienti difficili" garantendo, per questi ultimi, un supporto ospedaliero.

La realizzazione di un programma informatico ha l'obiettivo di semplificare la comunicazione tra la COA e le strutture di riabilitazione e post-acuzie e istituire un sistema informativo utile per il monitoraggio e la programmazione della disponibilità e la verifica dell'appropriatezza secondo i criteri previsti di esclusione.

In questa ottica dovranno essere inseriti alcuni elementi qualificanti:

- le strutture selezionate riceveranno il modulo compilato e dovranno rispondere entro 48 h lavorative indicando:
- l'accettazione al trasferimento inserendo il numero progressivo nella lista di attesa e la previsione della data di ricovero;
- la non accettazione al trasferimento inserendo nella risposta uno o più criteri di esclusione previsti nel Testo Unico (DCA U000226/2018).

#### Linee di intervento previste

- Nella revisione del "piano aziendale dei ricoveri da PS e per la gestione del sovraffollamento" prevista entro il 1° dicembre 2019 devono essere indicati:
  - Monitoraggio e interventi sui tempi di procedure diagnostiche e terapeutiche di II livello, ricovero e degenza pre-operatoria delle persone ricoverate;
  - Programma Aziendale per la dimissione secondo i criteri inseriti nel Piano;
- Entro il 2020:
  - Centrale Operativa Aziendale e Accordi interaziendali per il cambio di setting assistenziale;
  - Revisione degli accordi con Strutture Accreditate di Riabilitazione e Lungodegenza;
  - Sistema informativo con applicativo informatico per il cambio di setting verso codici 28-56-60-75.



### Dichiarazione e Gestione del Sovraffollamento

La Regione Lazio ha indicato un unico valore soglia di sovraffollamento per rendere omogenea la valutazione in tutti gli Ospedali, definendo sei indicatori nel piano e lasciando alla singola struttura la possibilità di indicare livelli personalizzati di preallarme.

Gli indicatori sono dinamici e disponibili online sulla piattaforma 118/ISED; per ciascuna fase assistenziale di PS, accesso, permanenza e dimissione, sono stati identificati due indicatori con i loro valori soglia.

Il sovraffollamento determina l'attivazione di un programma di "interventi urgenti" diretto dalla Direzione Sanitaria, come definito nel piano.

La condizione non adeguata del rapporto tra organico disponibile e persone presenti, richiede una metodologia organizzativa per il "rinforzo temporaneo" del personale fino al recupero dell'equilibrio.

L'adeguamento della struttura alla situazione di boarding richiede la definizione di un cruscotto straordinario di posti letto con modalità aggiuntive come i ricoveri sovrannumero, in appoggio o secondo il "full capacity protocol". In ciascuna struttura il cruscotto straordinario verrà sviluppato secondo le diverse modalità gestionali, in grado di permettere l'assorbimento del 40% dei ricoveri giornalieri programmati nel Piano.

Il cruscotto straordinario può utilizzare il blocco dei ricoveri programmati con il coinvolgimento progressivo dell'area medica, seppure nella maggiore parte delle Strutture già saturata dal PS, e più direttamente dell'area medica specialistica e chirurgica, garantendo comunque gli interventi dei pazienti oncologici.

Il Coordinamento della Rete di Emergenza ricopre il ruolo di Cabina di Regia per periodi o condizioni di criticità o rischio, con l'obiettivo di verificare la fattibilità di interventi straordinari, compresa la disponibilità di posti letto temporanei destinati alla gestione del sovraffollamento, recuperabili all'interno del budget regionale. Il Coordinamento Regionale prevede di sviluppare un piano straordinario per il periodo invernale.

### Linee di intervento previste

- Nella revisione del "piano aziendale dei ricoveri da PS e per la gestione del sovraffollamento" prevista entro il 1° dicembre 2019 devono essere indicati:
  - Programma aziendale di "rinforzo temporaneo" del personale;
  - Interventi aggiuntivi: cruscotto straordinario di posti letto in sovrannumero o in appoggio o blocco dei ricoveri;
  - Progetti finalizzati e incentivati per la gestione del piano di sovraffollamento;
- Entro 30 novembre 2019:
  - Preparazione da parte del Coordinamento Regionale di interventi straordinari e temporanei per il periodo invernale.

### Piano Aziendale dei ricoveri da Pronto Soccorso e di gestione del sovraffollamento

Il modello di piano "Linee di indirizzo regionali per la redazione dei Piani aziendali dei ricoveri da Pronto Soccorso e di gestione del sovraffollamento" allegato, è predisposto a livello regionale dal Coordinamento della Rete di Emergenza e sottoposto a revisione periodica sulla base delle attività di auditing con le Direzioni delle Aziende sanitarie e ospedaliere sede di PS e dei monitoraggi regionali.

Il "Piano" è uno strumento che le Direzioni delle aziende sanitarie ed ospedaliere sede di PS devono utilizzare, con il coinvolgimento di tutti gli operatori ospedalieri, per dare una risposta tempestiva ed adeguata alle esigenze contingenti.

Il piano attuativo di ciascun Ospedale sede di PS è predisposto annualmente dalla Direzione Sanitaria e trasmesso alla Direzione Regionale competente entro il 1° dicembre.

Il piano viene predisposto sulla base del fabbisogno e dei risultati assistenziali ed al suo interno contiene i dati di monitoraggio degli indicatori.

Il piano è composto dalle seguenti sezioni:

1. Risorse e dotazioni
2. Volumi di attività e risultati assistenziali
3. Umanizzazione e Informazione
4. Regolazione degli accessi
5. Flussi e Permanenza in PS
6. Dimissione da PS
7. Programmazione dei Ricoveri e dei Trasferimenti da PS
8. Percorso di ricovero e dimissione ospedaliera
9. Dichiarazione e gestione del sovraffollamento
10. Bed management
11. Programma di miglioramento
12. Valutazione Direzione Strategica

### Linee di intervento previste

- Entro il 1° dicembre 2019:
  - Redazione del Piano per la gestione dei ricoveri da PS e del sovraffollamento.



### Bed Management

L'attività di Bed Management deve essere indicata nel piano come una funzione dirigenziale della Direzione Sanitaria con il compito di gestire il programma dei ricoveri, la manutenzione dell'intero percorso di ricovero, l'integrazione fra le diverse attività ospedaliere e gli accordi per il cambio di setting assistenziale.

La Regione Lazio ha previsto nell'atto di programmazione (DCA U00303/2018) l'aggiornamento della Delibera di Giunta Regionale n. 821 del 3 novembre 2009 "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".

La checklist delle attività del Bed management da certificare nel piano è costituita dalle seguenti funzioni:

- Sistema di monitoraggio in tempo reale dei posti letto;
- Gestione del percorso di trasferimento in Casa di Cura Accreditata per acuti secondo gli accordi;
- Gestione del "Cruscotto dei ricoveri da Pronto Soccorso" coordinato con le Unità Operative;
- Previsione giornaliera delle dimissioni resa disponibile dalle UO;
- Monitoraggio dei tempi di esecuzione delle attività diagnostiche e di consulenza, per i pazienti ricoverati, dal momento della richiesta dell'esame a quello della risposta in cartella,
- Metodologia di presa in carico precoce delle "dimissioni difficili" sin dall'ammissione in ospedale integrato con i servizi socio-sociali;
- Programma per il governo delle dimissioni nei weekend;
- Centrale Operativa Aziendale per la dimissione verso codice 28,56, 60 e 75;
- Accordi con la Centrale ASL Territoriale;
- Disponibilità Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMD).

### Linee di intervento previste

- Nella revisione del "piano aziendale dei ricoveri da PS e per la gestione del sovraffollamento" prevista entro il 1° dicembre 2019 devono essere indicati:
  - Adozione della Checklist delle attività del Bed Management;
- Entro il 2020:
  - Revisione della Delibera di Giunta Regionale n. 821/2009.

### Formazione

La Formazione Continua Permanente è lo strumento indispensabile per la realizzazione e la diffusione dei nuovi percorsi assistenziali al fine di creare una linea di continuità tra la programmazione e gli attori sul campo.

La programmazione del piano formativo deve essere sviluppata sull'aggiornamento dei percorsi e sui risultati assistenziali attraverso la collaborazione tra Coordinamento Regionale e Direzione Strategica, che permetta di indicare obiettivi di sistema e obiettivi aziendali.

L'attivazione di un percorso "ECM *sul campo*" obbligatorio e gratuito per il personale regionale o accreditato costituisce un impegno e un'opportunità del Sistema Sanitario Regionale verso i propri professionisti.

Questa modalità formativa ha lo scopo di migliorare la professionalità dell'intero gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, integrare le competenze dei professionisti e la qualità e sicurezza dell'assistenza, in modo che quanto appreso possa essere immediatamente messo a frutto nell'esercizio professionale o nel contesto organizzativo.

La periodicità del sovraffollamento richiede l'impegno del Sistema Sanitario a tutti i livelli, utilizzando la metodologia di preparazione per un "grande evento" o una "maxiemergenza".

### Linee di intervento previste

- Nella predisposizione del piano formativo annuale devono essere indicati:
  - Incontri regionali sulle "buone pratiche";
  - Predisposizione di programmi ECM "*sul campo*" relativi alla gestione del sovraffollamento;
  - Preparazione e simulazione di interventi relativi alla gestione di sovraffollamento e maxiemergenze.

### Programma di miglioramento

Il Coordinamento Regionale ha il compito di sviluppare un programma di miglioramento del percorso assistenziale, secondo la metodologia di "Audit e Feedback", da recepire nella revisione del Piano aziendale.

Il coinvolgimento della comunità professionale è lo strumento determinante per un feedback positivo promuovendo la conoscenza dei risultati del monitoraggio, incontri e audit per la condivisione degli obiettivi, delle modalità operative dei percorsi di innovazione e dell'intero processo di miglioramento.



L'obiettivo è valorizzare le risorse interne, individuando e responsabilizzando le competenze professionali in relazione ai contenuti delle azioni previste.

#### Linee di intervento previste

- Nella revisione del "piano aziendale dei ricoveri da PS e per la gestione del sovraffollamento", prevista entro il 1 dicembre 2019, deve essere indicato:
  - Adozione del Programma di miglioramento come azione del Piano aziendale.

#### Valutazione delle Performance

La Regione Lazio ha l'obiettivo di sviluppare uno strumento di valutazione della performance ospedaliera, integrando i risultati dell'attività di emergenza con quelli della degenza, per corrispondere al principio di visione olistica del fenomeno del sovraffollamento.

Nella logica di tale obiettivo le indicazioni organizzative e gestionali, previste nella programmazione regionale, costituiscono uno strumento di valutazione per le Aziende Pubbliche e gli Enti Accreditati.

I criteri di valutazione sono costituiti dalla seguente *checklist*:

- Organizzazione dei turni del personale di PS;
- Valutazione dinamica degli indicatori di Pronto Soccorso con trend di progressivo miglioramento;
- Disponibilità del Piano di ricovero da PS e del sovraffollamento;
- Istituzione di Holding Area o di altra progettualità nelle strutture con indicatori non adeguati di boarding;
- Funzioni attive inserite nella checklist del Bed management;
- Valutazione dinamica degli indicatori di degenza;
- Prenotazione da PS di percorsi ambulatoriali;
- Istituzione di Centrale di Continuità Assistenziale Ospedale – Territorio e Accordi interaziendali;
- Utilizzo del sistema ADVICE;
- Attività del programma di miglioramento.

#### Linee di intervento previste

- Entro il 2020:
  - Piano Esiti sul sovraffollamento costituito dai criteri organizzativi e assistenziali inseriti nella checklist.

#### Sistema di Monitoraggio

La Regione Lazio ha iniziato nel 2001 a sviluppare una metodologia di monitoraggio sull'attività ospedaliera ed ha prodotto un focus specifico con la Piattaforma informatica Unica di Pronto Soccorso e un Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES).

Il sistema di monitoraggio è stato oggetto di progressiva revisione ed oggi dispone di strumenti informatici on line in grado di visualizzare l'attività delle strutture sanitarie sede di PS/DEA, rendendo disponibili gli indicatori previsti per il sovraffollamento e il numero progressivo di accessi 118 nell'arco della giornata.

L'attività di emergenza e ospedaliera è oggetto di un report periodico e annuale, con dati regionali aggregati e specifici per struttura, con la valutazione di indicatori e trend al fine di misurare l'efficacia degli interventi in modo dinamico.

La piattaforma informatica di Pronto Soccorso richiede un aggiornamento gestionale, ergonomico e delle informazioni di processo disponibili con un'evoluzione verso un sistema web service organizzato per flussi.

Il Sistema di monitoraggio dell'emergenza utilizza le seguenti fonti informative: ARES 118, SIES, GIPSE on line e SIO.

Il sistema di monitoraggio prevede:

1) indicatori di efficienza di Pronto Soccorso (fonte SIES) con esclusione OBI:

- Percentuale di accessi con "tempo di permanenza in PS/DEA superiore a 12 h" inferiore al 10%, con obiettivo 8 h entro il 2020;
- Percentuale di accessi con "esito ricovero/trasferimento con tempo di permanenza in PS/DEA superiore a 24 h" inferiore al 20%;
- Percentuale di accessi con "triage rosso, esito ricovero/trasferimento con tempo di permanenza in PS/DEA superiore a 24 h" inferiore al 20%;

2) Indicatori di sovraffollamento visualizzabili On line sul sistema 118/ISED da sistema GIPSE on LINE:

- Accesso
  - A1) numero degli accessi nelle ultime 24 h maggiore al 90° percentile del valore medio trimestrale osservato nella struttura nell'anno precedente;
  - A2) numero degli accessi 118 nelle ultime 24 h maggiore al valore previsto secondo la programmazione degli accessi del 118 ("cruscotto");
- Permanenza
  - P1) numero dei presenti contemporaneamente in pronto soccorso superiore al 90° percentile del valore medio trimestrale osservato nella struttura nell'anno precedente (presenti alle ore 14);



- P2) numero di pazienti presenti in pronto soccorso superiore ai posti di stazionamento, indicati nell'allegata sezione risorse e dotazioni;
- Esito
  - E1) percentuale di pazienti in attesa di ricovero-trasferimento da più di 24 h sul totale dei presenti in PS superiore al 20%;
  - E2) numero di pazienti in attesa di ricovero superiore al numero di ricoveri giornalieri previsti nel piano.

La condizione di sovraffollamento è determinata da una delle seguenti condizioni:

- tre indicatori contemporaneamente superiori al limite precisato;
- due indicatori della stessa fase clinico-gestionale con valori superiori al limite precisato.

### 3) Monitoraggio assistenziale mensile e/o annuale:

- accessi secondo i codici di triage e incidenza di esito ricovero / dimissione / trasferimento;
- modalità di accesso 118 /autonomo e incidenza di esito ricovero / dimissione / trasferimento;
- incidenza dei pazienti in età pediatrica (<18 anni) e superiore a 75 anni e incidenza di esito ricovero/dimissione/trasferimento;
- verifica del cruscotto 118 con indicazione della percentuale dei giorni di iperafflusso;
- incidenza del fenomeno "blocco ambulanze";
- tempo di attesa per codici gialli superiore a 15 e 30';
- incidenza di ricovero e trasferimento per continuità di soccorso o mancanza di posto letto;
- permanenza in pronto soccorso;
- permanenza in PS dei codici rossi e dei pazienti con prima sede di ricovero in TI;
- indicatori di chiusura delle schede e di ricovero/trasferimento;
- incidenza dei ricoveri da Pronto Soccorso sui ricoveri ospedalieri;
- tempo medio di permanenza in pronto soccorso dei pazienti ricoverati per disciplina;
- tempi di ricovero: degenza media in medicina generale e medicina d'urgenza, degenza pre-operatoria per procedure di elezione;
- indice di Occupazione per struttura e Reparto di ricovero;
- percentuale di dimissione nei weekend;
- ciascun indicatore viene valutato in modo dinamico rispetto allo stesso periodo storico precedente.

La misurazione ed il monitoraggio degli indicatori di sovraffollamento costituisce il presupposto fondamentale per consentire alle Direzioni aziendali, ai Bed Manager, ai Responsabili dei PS e a tutte le figure coinvolte nei processi di governance di intervenire tempestivamente per contrastare il sovraffollamento.

### Linee di intervento previste

- Entro il 2021:
  - Aggiornamento della Piattaforma Informatica di Pronto Soccorso.



### Linee di indirizzo regionali per la redazione dei Piani aziendali dei ricoveri da Pronto Soccorso e di gestione del sovraffollamento

Il Piano è un documento di programmazione aziendale/ospedaliera finalizzato alla gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza, al contenimento del fenomeno del sovraffollamento e sviluppato in coerenza con le Linee Guida nazionali secondo gli obiettivi del Piano Regionale per la gestione del sovraffollamento.

Il piano è uno strumento dinamico, soggetto a revisione periodica annuale, in funzione della capacità recettiva della struttura e degli indicatori di processo e di risultato. Contiene, i principi organizzativi e i percorsi gestionali relativi alla sua attuazione. Consente alle professionalità coinvolte di acquisire un linguaggio comune sul flusso dei ricoveri e sviluppare relazioni consapevoli attraverso uno strumento di lavoro e di trasparenza.

Il Piano è redatto a cura della Direzione Sanitaria Aziendale/Ospedaliera, che ne assume la piena responsabilità, e si articola nelle seguenti sezioni:

1. Risorse e dotazioni
2. Volumi di attività e risultati assistenziali
3. Umanizzazione e Informazione
4. Regolazione degli accessi
5. Flussi e Permanenza in PS
6. Dimissione da PS
7. Programmazione dei Ricoveri e dei Trasferimenti da PS
8. Percorso di ricovero e dimissione ospedaliera
9. Dichiarazione e gestione del sovraffollamento
10. Bed management
11. Programma di miglioramento
12. Valutazione Direzione Strategica

Il Piano viene redatto entro il 1° dicembre di ogni anno sui dati assistenziali osservati nei 12 mesi precedenti; nel caso si determinino significative modificazioni strutturali e/o funzionali del PS e/o dell'Ospedale è prevista una revisione anticipata.

#### 1. Risorse e dotazioni

In questa sezione il Piano prevede la rilevazione delle risorse disponibili del Pronto Soccorso e dell'Ospedale, relativamente alle attività di accettazione, presa in carico e operatività.

E' necessario indicare i posti letto ordinari attivi e quelli temporaneamente non attivi in relazione a quanto previsto dalla normativa vigente, precisandone le motivazioni e la tempistica della non disponibilità.

Nel Piano devono essere indicate le seguenti informazioni:

- **Pronto Soccorso e Funzioni di Emergenza:** Postazioni in Sala Emergenza, Postazioni visita in PS, Posti complessivi di stazionamento, ventilatori disponibili, TC attive o attivabili, Sale Operatorie attive o attivabili per l'emergenza, Posti letto OBI attivi;
- **Ospedale:** per tutte le discipline i posti letto previsti dalla normativa, i posti letto attivi e i posti letto non attivi, numero di posti letto subintensivi.

#### 2. Volumi di attività e risultati assistenziali

L'analisi dei volumi si concentra sui fattori che influiscono sul fenomeno del sovraffollamento e sulla capacità gestionale dei ricoveri.

I volumi dell'ultimo anno dovranno essere analizzati in relazione con i valori dell'anno precedente al fine di visualizzare il trend assistenziale nei due ambiti di attività.

Nel Piano devono essere registrati i volumi e i risultati assistenziali:

- **Pronto Soccorso:**
  - **Volumi:** Accessi complessivi, 90° percentile degli accessi, numero di giorni di accessi superiori al 90° percentile, accessi 118, Ambulanze previste secondo il cruscotto 118, numero di giorni di accessi 118 superiori al cruscotto 118, accessi eliambulanza, 90° percentile dei presenti alle ore 14, da PS, numero di giorni di presenti alle ore 14 superiori al 90° percentile;
  - **Risultati Assistenziali:** percentuale di chiusura della scheda di PS entro 12 h, percentuale delle persone che non hanno completato il percorso in PS, ricovero da PS, trasferimenti in CdCA, trasferimenti per continuità in Ospedale di livello superiore, permanenza distinta per dimissione/ricovero + trasferimento per mancanza di posto letto secondo la seguente tempistica: 12 h, 24 h, 48 h, 96 h, superiore a 96h, permanenza dei pazienti da ricoverare con codice di triage rosso, permanenza dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva secondo la seguente tempistica 12 h, 24 h e superiore a 24 h, per ciascun indicatore è prevista la valutazione di trend in relazione ai 12 mesi precedenti, tempo medio di permanenza in PS dei pazienti ricoverati per disciplina di ricovero;





- **Ospedale:**

- **Volumi e Risultati Assistenziali:** per tutte le discipline numero totale dei ricoveri, % ricoveri da PS, Indice di occupazione, degenza media, per ciascun indicatore è previsto la valutazione di trend in relazione ai 12 mesi precedenti;

Il valore del 90° percentile e del cruscotto 118 viene fornito dalla Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio con definizione trimestrale degli indicatori.

Il valore dei giorni di superamento del 90° percentile nei vari indicatori viene fornito dalla Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio.

### 3. Umanizzazione e informazione

L'obiettivo è migliorare la relazione fra le Persone e il Servizio Sanitario Regionale con azioni di prossimità e di facilitazione verso l'accesso a servizi appropriati con tempi gestionali migliori.

Nel Piano deve essere indicata la disponibilità delle seguenti attività:

- programma di accoglienza con personale dedicato;
- dotazione di strumenti o applicazioni informatiche per la visualizzazione del percorso;
- carta del Pronto Soccorso contenente le informazioni sui percorsi e documentazione amministrativa, da predisporre nel 2020 su modello regionale;
- disponibilità della cartella clinica completa alla dimissione dal PS;
- percorso aziendale dedicato per la condizione di "fine vita".

### 4. Regolazione degli accessi

La Regione Lazio ha l'obiettivo di incidere sugli accessi autonomi a basso rischio evolutivo e sulla distribuzione dei soccorsi 118, mentre a livello aziendale le persone in cura presso le Unità Operative, in un altro regime assistenziale, devono disporre, in presenza di una condizione di urgenza, di percorsi aziendali strutturati in grado di gestire l'equilibrio tra la facilitazione e diversificazione del ricovero per queste e la condizione di boarding presente in Pronto Soccorso, al fine di rispondere al meglio ai principi di equità, continuità di cura e di conforto nel rispetto della normativa vigente.

Nel Piano deve essere indicata la disponibilità delle seguenti attività:

- Percorsi aziendali di presa in carico diretta da parte delle UO di persone in cura con condizioni di urgenza.

### 5. Flussi e permanenza in PS

La definizione della collocazione del paziente in PS è una condizione utile a rendere uniforme il vocabolario utilizzato dagli operatori, a omogeneizzare la lettura dei dati GIPSE del monitoraggio on-line regionale utilizzando le seguenti definizioni sulla presenza del paziente in PS.

- In attesa: triage eseguito e non ancora preso in carico dal medico;
- In visita: preso in carico dal medico con in corso attività diagnostica e di rivalutazione per cui non è ancora definita la decisione sull'esito;
- In destinazione: in carico al medico con decisione di ricovero, in attesa della disponibilità del posto letto o del trasferimento;
- In osservazione breve intensiva: se collocato su letto di OBI secondo le indicazioni definite nella DGR n. 946/2007.

La permanenza in PS è una condizione determinata da un complesso di fattori che, principalmente, riguardano l'organizzazione dei flussi e lo squilibrio tra organico disponibile e persone presenti. L'indicatore temporale del processo di PS è la chiusura delle schede di PS nel 90% entro 12 h, con esclusione degli accessi in OBI, che in coerenza con le Linee Guida Nazionali dovrà essere progressivamente ridotto nell'arco del 2020 a 8 ore.

Il governo di questa fase richiede interventi relativi a aspetti strutturali, funzionali, relazionali e di personale, quindi diventa indispensabile un profondo lavoro di riorganizzazione su linee di azione relative a leadership, multidisciplinarietà, flussi, e integrazione con i servizi ospedalieri al di fuori del sistema di emergenza.

Il sovraffollamento può determinare il fenomeno "blocco ambulanze" per cui utilizzando come indicatore il valore del 90° percentile dei pazienti presenti in PS alle ore 14 è stato indicato che:

- i posti complessivi di stazionamento, fissi e mobili, non siano inferiori al valore indicato dal 90° percentile dei pazienti presenti alle ore 14 (indicatore p1);
- il numero di barelle disponibili sia pari al 75% dello stesso valore indicato.

Queste dotazioni devono essere assicurate complessivamente dal Pronto Soccorso e dall'ospedale, al fine di garantire un efficace contenimento del fenomeno del blocco delle ambulanze durante la permanenza. Nelle strutture ospedaliere a maggiore rischio di sovraffollamento deve essere prevista, nelle ore diurne, la figura di responsabile per la gestione del "blocco barelle" con l'obiettivo di poter attingere, nei momenti di criticità, alla dotazione ospedaliera.



Nel Piano deve essere indicato:

- personale di Pronto Soccorso: indicando il numero di ciascuna figura professionale nei turni diurno e notturno;
- descrizione dell'organizzazione dei turni di servizio;
- numero di barelle disponibili con il valore differenziale rispetto all'indicazione prevista dal piano;
- responsabile diurno nelle strutture a maggiore rischio di sovraffollamento;
- Fast track attivi;
- percorsi ospedalieri per le reti tempo-dipendenti;
- percorsi di continuità assistenziale tra il PS e UO per condizioni ad alta complessità clinica per ricovero intensivo, oncologico, infettivo e psichiatrico;
- modalità operative delle consulenze specialistiche in PS con definizione di tempistica e criteri per presa in carico;
- professionalità in turno, h 24, h per la gestione organizzativa e il collegamento con i nodi delle reti;
- professionalità fuori turno, 12 h diurne, che assume anche il ruolo di supporto sui flussi e sulla decisione clinica nei DEA.

#### 6. Dimissione da PS

La facilitazione e la sicurezza della dimissione costituiscono una condizione che può influire sulla riduzione dei tempi di permanenza e indirettamente sulla pressione determinata dal numero di persone presenti.

Nel Piano devono essere indicate la disponibilità delle seguenti attività:

- Prestazioni disponibili prima della dimissione da PS
- Numero di slot settimanali dedicati;
- Percentuale dei pazienti dimessi con prenotazione contestuale alla dimissione di prestazioni e procedure ambulatoriali;

#### 7. Programmazione dei Ricoveri e dei Trasferimenti da Pronto Soccorso

La gestione dei ricoveri da PS richiede un governo della programmazione dell'Ospedale nel suo insieme, in relazione con la propria mission assistenziale nella rete ospedaliera.

L'incidenza regionale dei ricoveri da PS è bassa con un andamento regolare e periodico, che consente una programmazione ospedaliera per volume complessivo e specificità di area di ricovero.

Il fabbisogno di ricoveri da Pronto Soccorso viene stimato sui volumi assistenziali annui, qualora se ne ravvisi la necessità, può essere utile valutare significative variazioni stagionali.

Il fabbisogno dei ricoveri da programmare può essere indicato come valore giornaliero e/o settimanale, secondo la modalità scelta, definendo il numero complessivo suddiviso per aree assistenziali e il numero dei trasferimenti per competenze di II livello e/o per mancanza di posti letto in Casa di Cura Accreditata per acuti.

Lo scopo del Piano è lo sviluppo di una programmazione "proattiva" dei ricoveri, con una gestione non vincolata al posto letto disponibile, con una tempistica in grado di evitare il sovrapporsi della permanenza dei pazienti in attesa di ricovero all'interno del pronto soccorso con i nuovi accessi, fenomeno responsabile della sproporzione tra risorse disponibili e domanda assistenziale.

La curva giornaliera degli accessi in PS dimostra una crescita drastica degli stessi dopo le ore 10, che si mantiene costante per alcune ore, per cui è indispensabile prevedere lo spostamento quotidiano dei pazienti in attesa di ricovero in Pronto Soccorso entro le ore 12, in una misura non inferiore al 60% dei ricoveri previsti nel piano giornaliero, con il contestuale trasferimento delle responsabilità assistenziali dal Pronto Soccorso ad altra UO.

Nel Piano devono essere indicate la disponibilità delle seguenti attività:

- Gestione dei pazienti in destinazione indicando sede di stazionamento, personale responsabile, numero di personale dedicato;
- Progetto di continuità assistenziale integrato tra UO per l'inizio delle attività di ricovero durante il boarding;
- Fabbisogno di ricoveri e trasferimenti da PS con valore giornaliero o settimanale secondo il cruscotto;
- Disponibilità di un cruscotto con numero di letti assegnati per area o UO e modalità di gestione;
- Altra metodologia di ricovero con criteri di gestione;
- Holding Area o altra progettualità da contestualizzare nella struttura;
- Accordi con le CdCA per acuti;
- Interventi complementari alla metodologia prescelta.

#### 8. Percorso di ricovero e dimissione ospedaliera

Il fenomeno del boarding è connesso con la capacità di gestione interna del percorso di ricovero e di dimissione su cui incidono fattori sociali, clinici e di continuità con gli altri setting assistenziali.

Il miglioramento del percorso di ricovero è subordinato ad un processo di riorganizzazione ospedaliera per percorsi assistenziali e attività multidisciplinare finalizzato all'appropriatezza e alla tempistica della diagnostica di II livello, alle consulenze ed alla disponibilità della sala operatoria.





Gli indicatori di efficienza del ricovero sono stati definiti con i seguenti cutoff:

- tempo medio di esecuzione e refertazione di procedure diagnostiche di II livello dalla richiesta inferiore a 48 h;
- tempo medio di attesa pre-operatoria in elezione dal momento del ricovero inferiore a 1,7 giorni;
- tempo medio di ricovero per specialità non superiore agli indicatori della media nazionale.

Il processo di dimissione è governato da una programmazione, affidata al Bed Management, con una visione complessiva e proiettata nel tempo della disponibilità dei posti letto, che richiede il coinvolgimento e il contributo attivo delle singole Unità Operative.

Le linee di azione per la dimissione riguardano:

- attivazione del Bed Management e dei servizi socio-sanitari entro i primi due giorni di ricovero, in particolare, per previste “dimissioni difficili”;
- disponibilità giornaliera delle dimissioni previste nelle 24-48 h successive;
- programma di dimissioni nei weekend e festivi in grado di mantenere il numero dei ricoveri giornalieri previsti nel piano.

Il cambio di setting deve essere governato a livello Aziendale attraverso una Centrale Operativa Aziendale, che lavora, all’interno del Bed Management, secondo il modello di “care management”.

Nella descrizione della metodologia, gli interventi e gli strumenti utilizzati devono essere descritti in modo dettagliato, per cui nel caso di attivazione di un cruscotto dei ricoveri la mappa organizzativa dovrà essere parte integrante del Piano.

Nel Piano devono essere indicate le seguenti attività:

- Monitoraggio e interventi sui tempi medi di procedure diagnostiche e terapeutiche, ricovero e degenza pre-operatoria per persone ricoverate;
- Programmazione Aziendale delle dimissioni, secondo i criteri inseriti nel Piano, con indicazione di quelle previste anche per il weekend;
- Discharge Room.
- Centrale Operativa Aziendale per il cambio di setting assistenziale;
- Accordi interaziendali per il cambio di setting assistenziale.

#### **9. Dichiarazione e gestione del sovraccollamento**

Il sovraccollamento determina l’attivazione di un programma di “interventi urgenti” diretto dalla Direzione Sanitaria, come definito nel piano, per permettere che la persona in attesa di ricovero o trasferimento da PS riceva lo stesso livello di cura dei pazienti ricoverati nel reparto di degenza di competenza.

Il sistema di monitoraggio ISED consente una verifica in tempo reale delle seguenti tre fasi di PS: iperafflusso (input), elevata presenza contemporanea di pazienti (throughput) e boarding (output).

Tale analisi ha consentito di individuare 6 indicatori, due per ogni fase clinico-gestionale, cui riferirsi per identificare e dichiarare lo stato di sovraccollamento:

- Accesso
  1. A1) numero degli accessi nelle ultime 24 h maggiore al 90° percentile del valore medio trimestrale osservato nella struttura nell’anno precedente;
  2. A2) numero degli accessi 118 nelle ultime 24 h maggiore al valore previsto secondo il cruscotto del 118;
- Permanenza
  3. P1) numero dei presenti contemporaneamente in pronto soccorso superiore al 90° percentile del valore medio trimestrale osservato nella struttura nell’anno precedente (presenti alle ore 14);
  4. P2) numero di pazienti presenti in pronto soccorso superiore ai posti di stazionamento, indicati nell’allegata sezione risorse e dotazioni;
- Esito
  1. E1) percentuale di pazienti in attesa di ricovero-trasferimento da più di 24 h sul totale dei presenti in PS superiore al 20%;
  2. E2) numero di pazienti in attesa di ricovero superiore al numero di ricoveri giornalieri previsti nel piano.

I valori soglia del 90° percentile per trimestre degli indicatori A1, A2 e P1 sono forniti alla struttura dalla Direzione Salute e Politiche Sociali calcolati in base ai volumi di attività dell’anno precedente.

Il sovraccollamento viene dichiarato in presenza di una delle seguenti condizioni:

- tre indicatori contemporaneamente superiori al limite precisato;
- due indicatori della stessa fase clinico-gestionale con valori superiori al limite precisato.

La condizione di sovraccollamento va formalmente dichiarata “dal responsabile del PS/DEA alla Direzione Sanitaria, che diviene responsabile delle procedure relative fino alla sua completa risoluzione” e determina l’attivazione non procrastinabile degli interventi indicati nel presente documento.

L’Azienda/Ospedale può integrare, in funzione della propria organizzazione, livelli progressivi di allerta e di intervento, inserendo nel Piano gli indicatori e le misure corrispettive.

La dichiarazione da parte della Direzione Sanitaria di una condizione di sovraccollamento, definita secondo i criteri individuati nel presente documento, è la sola circostanza che consente di richiedere il supporto alla Centrale Operativa 118.



Tale comunicazione andrà formalmente trasmessa dalla Direzione Sanitaria alla C.O. 118, specificando che sono già state attivate le procedure previste dal Piano.

La C.O. 118 adotterà, quindi, le più opportune iniziative, compatibilmente alla situazione complessiva della Rete dell’Emergenza, e comunque tali iniziative non potranno riguardare le procedure di centralizzazione per le Reti Tempo-Dipendenti.

La condizione di sovraffollamento termina al rientro di almeno uno degli indicatori alterati, su attestazione del Responsabile della Direzione Sanitaria. Se tra gli indicatori con valori oltre soglia sono compresi due della stessa fase, lo stato di sovraffollamento non potrà comunque dichiararsi cessato finché almeno uno dei due non torni entro i limiti.

Il Piano per il sovraffollamento prevede l’indicazione del responsabile della gestione del sovraffollamento e la progressiva attivazione degli interventi aggiuntivi necessari alla risoluzione della condizione.

Nel Piano devono essere indicati i seguenti elementi:

- numero di dichiarazioni di sovraffollamento attuate nei 12 mesi precedenti;
- responsabile della gestione del sovraffollamento
- metodologia aziendale per il “rinforzo temporaneo” del personale;
- cruscotto straordinario di posti letto in sovrannumero o in appoggio;
- metodologia del blocco dei ricoveri in elezione;
- Interventi aggiuntivi alla gestione dei ricoveri;
- Altri interventi;
- Progetti finalizzati e incentivati per la gestione del piano di sovraffollamento.

### **10. Bed management**

L’attività di Bed Management deve essere indicata nel piano come una funzione dirigenziale della Direzione Sanitaria con il compito di gestire il programma dei ricoveri, la manutenzione dell’intero percorso di ricovero. l’integrazione fra le diverse attività ospedaliere e gli accordi per il cambio di setting.

Nel piano devono essere indicati gli strumenti e le funzioni svolte in relazione con l’obiettivo indicato:

- Sistema di monitoraggio in tempo reale dei posti letto;
- Gestione del percorso di trasferimento in CdCA secondo gli accordi;
- Gestione del “Cruscotto dei ricoveri da Pronto Soccorso” coordinato con le Unità Operative;
- Previsione giornaliera delle dimissioni resa disponibile dalle UO;
- Monitoraggio dei tempi di esecuzione delle attività diagnostiche e di consulenza monitorate, per i pazienti ricoverati, dal momento della richiesta a quello della risposta in cartella,
- Sistema di presa in carico precoce delle “dimissioni difficili” sin dall’ammissione in ospedale integrato con i servizi socio-sociali;
- Programma per il governo delle dimissioni nei weekend;
- Centrale Operativa per la dimissione verso codice 28,56, 60 e 75;
- Accordi con la Centrale ASL Territoriale;
- Disponibilità Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMD).

### **11. Programma di miglioramento**

Il piano e il monitoraggio dei flussi del PS e del ricovero ospedaliero costituiscono gli strumenti per sviluppare un programma di miglioramento aziendale coinvolgendo le professionalità in un progetto sulla appropriatezza dei percorsi e della qualità assistenziale.

Il coinvolgimento della comunità professionale è lo strumento determinante per un feedback positivo promuovendo la conoscenza dei risultati del monitoraggio, lo svolgimento di audit, almeno trimestrali, e di incontri di formazione sul campo sui risultati assistenziali e sulle modalità operative dei percorsi di innovazione.

Il secondo obiettivo è valorizzare le risorse interne, individuando e responsabilizzando le competenze professionali in relazione ai contenuti delle azioni previste.

Nel Piano devono essere indicati i seguenti elementi:

- Metodologia di invio al personale dei risultati assistenziali, almeno con cadenza trimestrale e del piano annuale della gestione dei ricoveri;
- Audit aziendali trimestrali con l’indicazione degli argomenti discussi e degli interventi da realizzare in relazione alle criticità emerse dai risultati assistenziali;
- Programma ECM di “formazione sul campo” dedicati al sovraffollamento;
- Interventi di preparazione e simulazione relativi alla gestione del sovraffollamento e delle maxiemergenze.

### **12. Valutazione Direzione Aziendale**

La Direzione Aziendale esprime una valutazione conclusiva sugli obiettivi previsti nel Piano come strumento di sintesi ed indirizzo annuale.





|  |   |               |                    |               |
|--|---|---------------|--------------------|---------------|
| Ricoveri da Pronto Soccorso  |   |               |                    |               |
| Trasferimenti in CdCA  |   |               |                    |               |
| Trasferimenti per continuità in DEA I/II   |   |               |                    |               |
| Permanenza   | dimessi/ricoverati+trasferiti 12 h, 24 h, 48 h, 96 h, > 96 h <sup>3</sup>           |               |                    |               |
| Permanenza   | pazienti da ricoverare con codice di triage rosso 12 h, 24 h, > 24 h <sup>4</sup>   |               |                    |               |
| Permanenza   | pazienti ricoverati da PS in TI 12 h, 24 h, > 24 h <sup>5</sup>                     |               |                    |               |
| Permanenza   | tempo medio di permanenza in PS dei pazienti ricoverati per disciplina <sup>6</sup> |               |                    |               |
| Trend annuale fornito da Direzione Regionale   |   |               |                    |               |
| <i>Ospedale Volumi</i>   |   |               |                    |               |
| Ospedale/Discipline  | Ricoveri totali   | % ricovero PS | Indice Occupazione | Degenza media |
| Ospedale   |   |               |                    |               |
| Codice   |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
|  |   |               |                    |               |
| Trend annuale fornito da Direzione Regionale   |   |               |                    |               |
| <b>3. Umanizzazione e Informazione</b>   |   |               |                    |               |
| programma di accoglienza con personale dedicato  |   |               |                    |               |
| dotazione di strumenti o applicazioni informatiche per la visualizzazione del percorso                         |   |               |                    |               |
| carta del Pronto Soccorso contenente le informazioni sui percorsi e documentazione amministrativa <sup>7</sup> |   |               |                    |               |
| disponibilità della cartella clinica completa alla dimissione dal PS   |   |               |                    |               |
| percorso aziendale dedicato per la condizione di "fine vita"   |   |               |                    |               |
| <b>4.Regolazione degli accessi</b>   |   |               |                    |               |
| Percorsi aziendali di presa in carico diretta da parte delle UO di persone in cura con condizioni di urgenza   |   |               |                    |               |

<sup>3</sup> Valore fornito da Direzione Regionale

<sup>4</sup> Valore fornito da Direzione Regionale

<sup>5</sup> Valore fornito da Direzione Regionale

<sup>6</sup> Valore fornito da Direzione Regionale

<sup>7</sup> da attivare nel 2020 su modello regionale



| 5.Flussi e permanenza in PS  |             |              |            |              |       |
|--|-------------|--------------|------------|--------------|-------|
| Personale di pronto soccorso   | Diurno      |              |            | notturno     |       |
| Triage   |             |              |            |              |       |
| Infermiere   |             |              |            |              |       |
| Medico d'Urgenza   |             |              |            |              |       |
| Chirurgo   |             |              |            |              |       |
| Rianimatore  |             |              |            |              |       |
| Ortopedico   |             |              |            |              |       |
| Pediatra   |             |              |            |              |       |
| Ginecologo   |             |              |            |              |       |
|  |             |              |            |              |       |
|  |             |              |            |              |       |
|  |             |              |            |              |       |
| Descrizione dell'organizzazione dei turni di servizio  |             |              |            |              |       |
| Blocco ambulanze   | disponibili |              |            | previste     |       |
| barelle  |             |              |            |              |       |
| responsabile diurno nelle strutture a maggiore rischio di sovraffollamento   |             |              |            |              |       |
| Fast track attivi  |             |              |            |              |       |
| Percorsi   | ictus       | cardiologica | perinatale | trauma       |       |
| Reti tempo-dipendenti  |             |              |            |              |       |
| Percorsi   | intensivo   | oncologico   | infettivo  | psichiatrico | altri |
| continuità assistenziale tra il PS e UO per condizioni ad alta complessità clinica con ricovero                              |             |              |            |              |       |
| modalità operative delle consulenze specialistiche in PS con definizione di tempistica e criteri per presa in carico         |             |              |            |              |       |
| professionalità in turno, h 24, h per la gestione organizzativa e il collegamento con i nodi delle reti                      |             |              |            |              |       |
| professionalità fuori turno, 12 h diurne, che assume anche il ruolo di supporto sui flussi e sulla decisione clinica nei DEA |             |              |            |              |       |
| 6.Dimissione da PS   |             |              |            |              |       |
| Prestazioni disponibili prima della dimissione da PS   |             |              |            |              |       |
| Numero di slot settimanali dedicati  |             |              |            |              |       |
| Percentuale dei pazienti dimessi con prenotazione contestuale alla dimissione di prestazioni e procedure ambulatoriali       |             |              |            |              |       |



| <b>7. Programmazione dei Ricoveri e dei Trasferimenti da Pronto Soccorso</b>  |  |
|---|--|
| Gestione dei pazienti in destinazione indicando sede di stazionamento, personale responsabile, numero di personale dedicato |  |
| Progetto di continuità assistenziale integrato tra UO per l'inizio delle attività di ricovero durante il boarding           |  |
| Fabbisogno di ricoveri e trasferimenti da PS con valore giornaliero o settimanale secondo il cruscotto                      |  |
| Disponibilità di un cruscotto con numero di letti assegnati per area o UO e modalità di gestione                            |  |
| Altra metodologia di ricovero con criteri di gestione   |  |
| Holding Area o altra progettualità da contestualizzare nella struttura  |  |
| Accordi con le CdCA per acuti   |  |
| Interventi complementari alla metodologia prescelta   |  |
| <b>8. Percorso di ricovero e dimissione ospedaliera</b>   |  |
| Tempo medio TC <sup>8</sup>   |  |
| Tempo medio Endoscopia <sup>9</sup>   |  |
| Tempo medio Ecocardiogramma <sup>10</sup>   |  |
| Tempo medio degenza pre-operatoria in elezione  |  |
| Presa in carico entro 48h per dimissioni difficili  |  |
| Previsione delle dimissioni   |  |
| Interventi per la dimissione nel weekend  |  |
| Discharge Room  |  |
| Centrale Operativa Aziendale per il cambio di setting   |  |
| Accordi interaziendali per il cambio di setting   |  |
| <b>9. Dichiarazione e gestione del sovraffollamento</b>   |  |
| numero di dichiarazioni di sovraffollamento attuate nei 12 mesi precedenti  |  |
| responsabile della gestione del sovraffollamento  |  |
| metodologia aziendale per il "rinforzo temporaneo" del personale  |  |
| cruscotto straordinario di posti letto in sovrannumero o in appoggio con descrizione operativa                              |  |
| metodologia del blocco dei ricoveri in elezione   |  |

<sup>8</sup> Tempo medio dalla richiesta alla risposta di procedure diagnostiche per pazienti ricoverati

<sup>9</sup> Tempo medio dalla richiesta alla risposta di procedure diagnostiche per pazienti ricoverati

<sup>10</sup> Tempo medio dalla richiesta alla risposta di procedure diagnostiche per pazienti ricoverati



|   |                          |
|---|--------------------------|
| Interventi aggiuntivi alla gestione dei ricoveri  |                          |
| Altri interventi  |                          |
| Progetti finalizzati e incentivati per la gestione del piano di sovraffollamento  |                          |
| <b>10. Bed Management</b>   |                          |
| Funzioni  | Disponibilità e attività |
| Sistema di monitoraggio in tempo reale dei posti letto  |                          |
| Gestione del percorso di trasferimento in CdCA secondo gli accordi  |                          |
| Gestione del "Cruscotto dei ricoveri da Pronto Soccorso" coordinato con le Unità Operative  |                          |
| Previsione giornaliera delle dimissioni resa disponibile dalle UO   |                          |
| Monitoraggio dei tempi di esecuzione delle attività diagnostiche e di consulenza monitorate, per i pazienti ricoverati, dal momento della richiesta a quello della risposta in cartella |                          |
| Sistema di presa in carico precoce delle "dimissioni difficili" sin dall'ammissione in ospedale integrato con i servizi socio-sociali   |                          |
| Programma per il governo delle dimissioni nei weekend   |                          |
| Centrale Operativa per la dimissione verso codice 28,56, 60 e 75  |                          |
| Accordi con la Centrale ASL Territoriale  |                          |
| Disponibilità Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMD)   |                          |
| <b>11. Programma di miglioramento</b>   |                          |
| Metodologia di invio al personale dei risultati assistenziali, almeno, con cadenza trimestrale e del piano annuale della gestione dei ricoveri  |                          |
| Audit aziendali trimestrali con l'indicazione degli argomenti discussi e degli interventi da realizzare in relazione alle criticità emerse dai risultati assistenziali                  |                          |
| Programma ECM di formazione sul campo dedicati al sovraffollamento;   |                          |
| Interventi di preparazione e simulazione relativi alla gestione del sovraffollamento e delle maxiemergenze  |                          |
|   |                          |

