

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 18 novembre 2022, n. G15959

Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019).

OGGETTO: Revisione del “*Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso*” (DCA U00453/2019).

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE SALUTE E
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARI**

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 della Giunta regionale del 30 dicembre 2020 n. 1044: “Conferimento dell’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria” ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1 al Dott. Massimo Annicchiarico;

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 Deliberazione della Giunta regionale 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 del 12 giugno 2007 n. 420: “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 Accredamenti 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 Testi Integrati e Coordinati denominati "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie";

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 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 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";

VISTA la vigente normativa in tema di percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale;

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. 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 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 del 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti”;

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 determina n. G11799 del 13 ottobre 2020: Approvazione del "Piano di Rete Ictus" - in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR);

VISTA la determina n. G15438 del 15 dicembre 2020: “Approvazione del Piano di Rete Trauma Grave – in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00103 del 22 luglio 2020: “Attivazione servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale. Aggiornamento del Catalogo Unico Regionale (CUR)”;

VISTA la determinazione regionale n. G10994 del 25 settembre 2020: “Approvazione del documento inerente all'Integrazione Ospedale – Territorio denominato: "Centrale Operativa Aziendale e Centrale Operativa Regionale Acuzie e Post-Acuzie", in attuazione del DCA U00453/2019 e DCA U00081/2020”;

VISTA la Determinazione Dirigenziale n. G00646 del 25 gennaio 2022 relativa alla “Ratifica Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di Categoria AIOP-ARIS-UNINDUSTRIA Sanità, sottoscritto in data 21 gennaio 2022 inerente al “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”;

VISTA la determina n. G01328 del 10 febbraio 2022 Adozione del Documento Tecnico denominato: “Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

VISTA la determina n. G08250 del 24 giugno 2022: Approvazione del "Piano di Rete Emergenza Cardiologica" - in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR);

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 661 del 29 settembre 2020 relativa a “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020”;

CONSIDERATO che la sopra indicata deliberazione al punto 2 del dispositivo stabilisce: “fermo restando l'esercizio delle funzioni di cui al punto 1 da parte della Giunta regionale, il Direttore pro tempore della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria provveda:

- a dare attuazione alle azioni previste nel Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021;

- a presentare, entro il termine di attuazione del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021, una relazione sugli atti adottati dalla Direzione per l'attuazione del Piano, che evidenzi le eventuali criticità emerse, anche con riferimento alla normativa regionale vigente, ai fini dell'elaborazione di una o più proposte di legge”;

VISTA la Determinazione Dirigenziale G01215 dell'8 febbraio 2021: “Modifica Determinazione Dirigenziale n. G04933 del 13 aprile 2021 concernente il Gruppo di lavoro regionale tecnico scientifico, con istituzione del “Coordinamento Regionale Emergenza-urgenza” avente funzione di supporto alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitari per le attività legate al sistema dell'emergenza sanitaria;

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)”;

VISTO il DCA U00453 del 30 ottobre 2019: “*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);

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 nel suddetto Piano sono descritte le azioni organizzative in ambito territoriale e ospedaliero di contrasto al fenomeno del Sovraffollamento del PS;

CONSIDERATO altresì che nel menzionato Decreto è stata prevista la revisione periodica del Piano sulla base delle attività di auditing con le Direzioni delle Aziende sede di PS e dei monitoraggi regionali;

PRESO ATTO che la Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria ha effettuato periodici monitoraggi dei piani aziendali ed effettuato degli Audit con le Direzioni Generali Aziendali sui risultati assistenziali;

CONSIDERATO che tale percorso, anche alla luce della esperienza pandemica, necessita di condividere ulteriori interventi da inserire nella revisione del “*Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*”;

PRESO ATTO che con nota prot. 0482670 del 17-05-2022 la Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria ha comunicato alle Direzioni Aziendali, nelle more della revisione del Piano, ulteriori azioni da attivare con tempestività, tra le quali:

- Istituzione della Unità di Crisi Aziendale coordinata dalla Direzione Strategica coinvolgendo le U.O. di Pronto Soccorso, di ricovero e dei servizi, e, a livello di Azienda Territoriale, i MMG/PLS;
- Individuazione del Responsabile per la gestione del flusso di pronto soccorso;
- Procedura aziendale per la esecuzione tempestiva delle consulenze;
- Procedura aziendale per il “rinforzo temporaneo” del personale del Pronto Soccorso in presenza di sovraffollamento;
- Procedura per il tempestivo affidamento delle persone in attesa di ricovero alle U.O. di ricovero;
- Programmazione aziendale delle dimissioni entro le ore 15.00 del giorno precedente a quello della dimissione;
- Attivazione di Aree di ricovero potenziali holding, week, AMBI, UDI e/o di un cruscotto di posti letto aggiuntivi del 10% per ciascuna unità operativa in condizioni di sovraffollamento;
- Pianificazione aziendale della tempistica della disponibilità dei posti letto previsti dalla programmazione regionale.

RITENUTO opportuno fornire ulteriori indicazioni da inserire nella revisione del “*Piano regionale per la gestione del sovraffollamento*” utili per implementare, 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 alla revisione del “*Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*” di cui al DCA U00453/2019;

VISTA la revisione del documento “*Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso*”, di cui al DCA U00453/2019, elaborato dalla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitarie con il supporto delle Direzioni Aziendali sede di PS/DEA;

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 la revisione del “*Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso*”, come da atto allegato, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determina, sostituendosi al precedente Piano di cui al DCA U00453/2019;

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

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa

1. di approvare la revisione del “*Piano regionale per la Gestione del flusso di ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso*” come da atto allegato, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determina, sostituendosi al precedente Piano di cui al DCA U00453/2019;
2. di stabilire che le Aziende e gli Enti del SSR dovranno:
 - recepire il “*Piano regionale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso*” con proprio atto deliberativo per entro il 30 novembre 2022, dandone riscontro alla Direzione Salute ed integrazione sociosanitaria;
 - attuare, per quanto di competenza, le azioni previste nel Piano regionale così revisionato;
3. di dare mandato alle strutture sanitarie coinvolte nella rete dell'emergenza-urgenza di provvedere entro il 31 dicembre 2022 alla redazione ed all'adozione con proprio atto deliberativo del “*Piano aziendale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso*”, secondo il modello regionale allegato al Piano indicato al punto 1, dandone riscontro alla Direzione Salute ed integrazione sociosanitaria;
4. di dare mandato alle strutture sanitarie coinvolte nella rete dell'emergenza-urgenza di provvedere alla revisione annuale del Piano Aziendale di cui al punto precedente con proprio atto deliberativo e trasmetterlo alla Direzione Regionale entro il 15 dicembre di ogni anno;
5. di stabilire che le Direzioni delle Aziende e degli Enti del SSR dovranno garantire la massima diffusione del presente atto agli operatori interessati;
6. di stabilire che con successivi atti regionali si provvederà alla revisione periodica del Piano di cui al punto 1.

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

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo Regionale da presentarsi entro 60 (sessanta) giorni, ovvero in via alternativa, al Presidente della Repubblica entro 120 (centoventi) giorni dalla sua pubblicazione.

Il Direttore Regionale
Massimo Annicchiarico



PIANO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL
FLUSSO DI RICOVERO
E DEL SOVRAFFOLLAMENTO
IN PRONTO SOCCORSO

NOVEMBRE 2022



INDICE

| | |
|--|----|
| PREMESSA..... | 3 |
| ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO..... | 3 |
| SEZIONE A. PIANO REGIONALE..... | 4 |
| – Governance..... | 4 |
| – Umanizzazione e informazione..... | 5 |
| – Percorsi appropriati differenti dal Pronto Soccorso..... | 5 |
| – Accessi ARES118..... | 6 |
| – Flussi In Pronto Soccorso..... | 7 |
| – Programmazione dei Ricoveri e dei trasferimenti da Pronto Soccorso..... | 9 |
| – Boarding..... | 9 |
| – Gestione del Sovraffollamento In Pronto Soccorso..... | 10 |
| – Percorso di Ricovero e di dimissione ospedaliera..... | 10 |
| – Back Transfer..... | 12 |
| – Accesso a strutture per acuti di persone in carico a strutture di ricovero o inseriti nei servizi di prossimità..... | 12 |
| – Team Operativo Ospedaliero (TOH)..... | 13 |
| – Programma donazione di organo..... | 14 |
| – Evoluzione delle aree di emergenza e ad alta intensità di cura..... | 14 |
| – Sistema di monitoraggio..... | 15 |
| – Programma di miglioramento e formazione..... | 16 |
| – Verifica dell’attuazione del piano aziendale..... | 16 |
| SEZIONE B. PIANO AZIENDALE | 18 |
| – Allegato 1 (Modello Regionale) | 20 |
| piano aziendale del flusso di ricovero e della gestione del sovraffollamento in pronto soccorso | |



PIANO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL FLUSSO DI RICOVERO E DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

Premessa

La Regione Lazio ha predisposto la revisione del “Piano Regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”, forte dell’esperienza maturata durante il primo triennio di applicazione e nel corso della pandemia da infezione da SARS-CoV-2, rafforzando un percorso di condivisione con le Direzioni Aziendali e i professionisti dei diversi setting assistenziali.

Il percorso è stato sviluppato attraverso una serie di incontri che hanno permesso di integrare le azioni, già previste nel precedente piano, con le buone pratiche sviluppate e proposte dalle Aziende Sanitarie Locali e dalle Aziende Ospedaliere/Universitarie, adottando il metodo della programmazione contaminata dalle prassi virtuose consolidatesi sui risultati, nate dalla gestione delle criticità di riscontro quotidiano.

L’esperienza dimostra la necessità di ampliare ulteriormente il raggio di azione del Piano del sovraffollamento del Pronto Soccorso con riguardo alla disponibilità dei posti letto, alla gestione dell’intero percorso di ricovero e alle connessioni con il territorio prima e dopo il ricovero stesso, consapevoli che il “boarding” non è un fenomeno di pertinenza del PS/DEA.

L’adozione degli interventi previsti nel Piano richiede a livello aziendale il coinvolgimento multiprofessionale e multidisciplinare, la gestione organizzata e flessibile delle risorse disponibili nell’intero ciclo assistenziale e la disponibilità di cruscotti per un monitoraggio prospettico e just in time.

Il Piano si inserisce nell’obiettivo della Regione Lazio di integrare il ruolo di programmazione e verifica con un’attività di coordinamento operativo delle Reti di patologia costruita sull’esperienza positiva della risposta alla pandemia. In questo disegno si inseriscono altresì le opportunità offerte dal finanziamento previsto nel DL 34¹ e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in grado di sostenere il rinnovo della dotazione di mezzi dell’ARES 118, la ristrutturazione del Pronto Soccorso, l’incremento di posti letto ad alta intensità di cura e la realizzazione delle azioni previste nel DM 77/2022, contestualizzato nella Regione Lazio con le determinate relative al piano pandemico² e alla programmazione degli interventi di riordino territoriale³.

Il principio del Piano è di indicare una serie di azioni, di cui alcune indispensabili e prioritarie ed altre da customizzare nella singola realtà, che consentano complessivamente di incidere e contenere la permanenza non appropriata delle persone nel setting di Pronto Soccorso e di ricovero per acuti.

Il Piano integra e aggiorna il documento approvato con il DCA 453/2019⁴ ed è composto di due sezioni, di cui la prima contiene la programmazione regionale degli interventi ordinari e straordinari e il sistema di monitoraggio delle performance, mentre la seconda è dedicata alla redazione del Piano aziendale con la descrizione del fabbisogno e delle modalità di applicazione locale degli interventi.

Analisi del contesto epidemiologico

Il rapporto sull’attività di Ricovero per Acuti negli Istituti del Lazio del 2021 mostra che gli accessi in PS/DEA sono stati 1.406.185, di cui 5,1% in codice 1 (rosso), 15,6% in codice 2 (arancio), 35,1% in codice 3 (azzurro), 39,2% in codice 4 (verde), 4,1% in codice 5 (bianco) e 0,3% non eseguito. Gli accessi di persone con età superiore a 75 anni sono del 16,5%, e hanno determinato il ricovero nel 34,1% e il trasferimento ad altro istituto nel 9,2%.

La modalità di accesso è stata del 20,6% con mezzi ARES 118, del 74,7% in modo autonomo ed il rimanente 4,8% con altra modalità di arrivo.

Il 66,8 % dei pazienti con codice 2 hanno atteso oltre 15 minuti per la visita e il 38,3 % con codice 3 oltre 60 minuti.

La permanenza in P.S. è stata nell’82,9% dei casi inferiore a 12 h, nel 4,6% tra 12 e 24 h, nel 8,1% tra 24 e 48 h, nel 4,4% superiore a 48 h. Escludendo l’OBI, la percentuale di accessi chiusi entro le 12 ore è stata, nel 2021, pari all’84,2%. In 21 ospedali il valore dell’indicatore è stato superiore al 90%. Il 90,7% delle persone dimesse è rimasto

¹ DL n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla Legge n. 77/2020, recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali, connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”

² Determina regionale n. G02261 del 2 marzo 2022 “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - PanFlu 2021-2023. Aggiornamento della composizione del Comitato pandemico regionale costituito con determinazione n. G13032 del 26 ottobre 2021

³ DGR 643 del 26 luglio 2022 “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”

⁴ DCA U00453/2019 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)



nel P.S. per un tempo inferiore alle 12 h. La permanenza delle persone in attesa di ricovero è stata nel 56,3% dei casi inferiore a 12 h, nel 14,9% tra 12 e 24 h, nel 14,1% tra 24 e 48 h, nel 14,7% superiore a 48 h.

L'esito dell'accesso in P.S. è stato per il 59,1% la dimissione a domicilio, per il 16,9 % il ricovero, per il 3,4% il trasferimento, per il 6,5% il rifiuto del ricovero, per il 5% non risponde alla chiamata, per lo 0,4% il decesso e nel 6,2% dei casi la dimissione con prenotazione di accertamento specialistico presso una struttura ambulatoriale. Solo lo 0,1% è stato codificato con un esito "trasferimento a struttura territoriale COVID".

Dei 1.406.185 accessi, quelli codificati con almeno una diagnosi COVID, secondo i criteri del DM 28 ottobre 2021, o con codice ICD-9-CM 078.89 "Altre malattie da virus, specificate" sono stati 18.567 (1,3%).

Dall'analisi di diagnosi testuale/anamnesi dei dati fonte GIPSE on-line, invece, sul totale degli accessi, la stima di quelli "Valutati per COVID" è stata del 13% mentre la stima degli accessi "confermati COVID-19" è stata del 2,7%, pari al 21% del totale degli accessi "Valutati COVID".

Le dimissioni ospedaliere sono state 437.575 di queste il 26,8% ha interessato persone con età superiore a 75 anni e il 54,4% è stato determinato da ricoveri provenienti dal P.S..

La dimissione dal ricovero ospedaliero ha richiesto un trasferimento presso una struttura residenziale territoriale nell'1,4%, presso un altro setting assistenziale di ricovero nel 4,1%, una dimissione protetta nel 13%, una dimissione a domicilio in attesa di completamento diagnostico nell'8,2%, una dimissione con attivazione di assistenza domiciliare nel 3,7%.

SEZIONE A. PIANO REGIONALE

La Regione Lazio definisce un programma organico di interventi multifattoriali relativi ai percorsi di presa in carico e continuità assistenziale, flusso di pronto soccorso e ricovero e cambio di setting assistenziale, in continuità con le "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni n.143 del 1° agosto 2019⁵, secondo una visione che coinvolge l'intera filiera dei servizi sanitari regionali.

Il piano è suddiviso in specifiche aree organizzative e funzionali per ciascuna delle quali vengono descritti gli obiettivi e le linee di attività e di intervento.

I capitoli del Piano sono i seguenti:

- *Governance;*
- *Umanizzazione e informazione;*
- *Percorsi appropriati differenti dal Pronto Soccorso;*
- *Accessi ARES 118;*
- *Flusso in Pronto Soccorso;*
- *Programmazione dei ricoveri e dei trasferimenti da Pronto Soccorso;*
- *Boarding;*
- *Gestione del sovraffollamento in PS*
- *Percorso di ricovero e di dimissione ospedaliera;*
- *BackTransfer;*
- *Accesso a strutture per acuti di persone in carico a strutture di ricovero o inseriti nei servizi di prossimità;*
- *Team Operativo Ospedaliero;*
- *Programma di donazione di organo;*
- *Evoluzione delle Aree di Emergenza e ad alta intensità di cura*
- *Sistema di monitoraggio;*
- *Programma di miglioramento e Formazione;*
- *Verifica dell'attuazione del Piano Aziendale.*

Governance

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria svolge le funzioni di programmazione e verifica e il Coordinamento Regionale (CR) predispose il Piano con la programmazione degli interventi e l'attuazione del programma di miglioramento secondo la metodologia di "Audit e Feedback" condivisa con la Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere/Universitarie e degli Enti Accreditati.

Il CR è composto da: dirigenti e funzionari della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria, Coordinatore Regionale di Reti di Patologia, Direzioni Sanitarie Aziendali, Referente del Dipartimento di Epidemiologia e delle

⁵ Conferenza Permanente Stato-Regioni n. 143 del 1° agosto 2019 "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"



Associazioni incluse nella Sanità Partecipata⁶. Il CR può avvalersi delle professionalità del SSR coinvolte nelle diverse fasi assistenziali.

Il Coordinamento Regionale ha l'obiettivo di:

- Analizzare il contesto epidemiologico ed operativo e produrre una revisione periodica del Piano;
- Identificare le priorità programmatiche in funzione degli obiettivi che la Direzione Salute definisce come critici;
- Indicare le azioni da attuare a livello locale e sostenerne l'implementazione;
- Ricoprire il ruolo di Unità di Crisi per periodi o condizioni di criticità o di rischio per individuare e coordinare gli interventi straordinari e temporanei;
- Monitorare e valutare la coerenza tra indice di occupazione, rilevazione NSIS e programmazione regionale;
- Indicare gli obiettivi regionali del programma di miglioramento e del piano formativo;
- Monitorare gli indicatori assistenziali con la predisposizione di report periodici;
- Organizzare incontri periodici con le Aziende per l'analisi congiunta degli elementi di criticità;
- Predisporre la revisione periodica del modello di Piano aziendale.

La Governance aziendale è costituita dalla Unità di Crisi Aziendale sui Flussi (UCAF) coordinata dalla Direzione Strategica e costituita dalle U.O. di Pronto Soccorso, di ricovero, dei servizi e delle Professioni Sanitarie, includendo nella Azienda Territoriale le Direzioni di Distretto e i referenti dei MMG/PLS.

La UCAF ha la funzione di:

- predisporre il Piano Aziendale, il monitoraggio della sua applicazione e il programma di miglioramento annuale da inviare alla Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria;
- programmare le riunioni periodiche di Audit e Feedback multiprofessionale e multidisciplinare;
- definire gli interventi straordinari e temporanei in condizioni di criticità;
- preparare i report periodici di attività da inviare al personale delle UO coinvolte;
- sviluppare secondo il piano di miglioramento le attività di "ECM sul campo".

Umanizzazione e Informazione

L'attenzione all'esperienza della persona è un processo consolidato nella Regione Lazio e viene sviluppato nel percorso di Sanità Partecipata attraverso il quale le associazioni portano testimonianze ed esperienze preziose di "patient evidence" che vengono incluse nella definizione del programma di miglioramento.

Il Piano prevede interventi finalizzati al miglioramento della relazione tra le Persone assistite e il Servizio Sanitario Regionale, relativi, in particolare, alla comunicazione delle informazioni, all'attenzione sul bisogno socioassistenziale e alla partecipazione dei caregiver.

L'accoglienza, l'accompagnamento e l'orientamento della persona e dei caregiver si articola:

- servizio con personale con competenze sociali e/o psicologiche e personale laico, formato sui percorsi organizzativi;
- applicazione informatica collegata al programma di Pronto Soccorso "GIPSEWEB" in grado di fornire informazioni sullo stato del percorso al suo caregiver;
- piattaforma per la telecooperazione non sanitaria a distanza;
- rete wi-fi della struttura, fruibile da ospiti, al fine di facilitare la comunicazione con strumenti telematici.

L'assistenza alle persone fragili, con disabilità o non autosufficienti prevede:

- percorsi per la presenza organizzata dei loro caregiver;
- pronta disponibilità dei presidi e ausili speciali necessari per i bisogni specifici della persona.

La documentazione clinica, consegnata alla dimissione dal Pronto Soccorso e dal ricovero, deve essere completa e includere l'esito delle attività svolte, le prestazioni prenotate, la descrizione dell'eventuale percorso clinico, il numero di telefono e la e-mail di riferimento per qualsiasi problematica relativa allo stesso.

Il percorso di assistenza al "fine vita" deve essere istituito a livello aziendale secondo una metodologia definita con l'identificazione di luoghi adeguati nell'intera struttura ospedaliera. I decessi in Pronto Soccorso, in particolare, richiedono attenzione, poiché riguardano nel 55% persone con oltre 12 ore di permanenza.

Percorsi appropriati differenti dal Pronto Soccorso

Il sistema sanitario regionale può garantire percorsi appropriati, differenti dall'accesso al Pronto Soccorso, con tempistiche sostenibili per condizioni a basso rischio di evoluzione o di cronicità e per persone già in carico alle Unità Operative, che attualmente esprimono il loro bisogno di salute con un accesso al sistema di emergenza-urgenza.

⁶ DGR n.736 del 15.10.2019 Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei Servizi Sanitari Regionali. Atto di indirizzo



La presa in carico di queste condizioni prevede che le Aziende Sanitarie Locali attivino secondo quanto previsto nel DM 77⁷:

- i percorsi aziendali proattivi per “*frequent users*” e/o “pazienti fragili/cronici” predisposti con il coinvolgimento dei MMG/PLS, Unità di Continuità Assistenziale (UCA) e infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) e il coinvolgimento, ove necessario, dei competenti servizi sociali;
- la Centrale Operativa Territoriale (COT-A/D) come riferimento delle strutture ospedaliere per l’inserimento nelle attività dei servizi territoriali, la ricezione di alert per “*frequent users*” e/o “pazienti fragili/multicronici” e la disponibilità di anagrafe dei servizi presenti sul territorio e collegamento con i servizi sociali;
- i percorsi presso le Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Unità di Cure Primarie, dotate di supporto diagnostica di I livello per accessi non programmati di specifiche condizioni cliniche non evolutive.

L’orientamento e il collegamento delle persone con i servizi sanitari saranno sviluppati con la attivazione della Centrale Operativa 116117, all’interno di un sistema organico e strutturato di connessioni con le ASL attraverso le COT-A/D, con lo svolgimento di attività informativa e operativa agli utenti e di supporto per l’accesso ai servizi, compresi i MMGG/PLS.

L’urgenza di accesso non programmato e di ricovero di persone in cura presso le Unità Operative o gli ambulatori specialistici deve prevedere percorsi ospedalieri al di fuori del Pronto Soccorso in cui siano inseriti pacchetti diagnostici strutturati e modalità di ricovero diretto garantendo, comunque, principi di equità e di equilibrio in presenza di eventuale boarding in P.S..

Accessi ARES 118

Il sistema di emergenza urgenza extraospedaliero ha trasportato, nel 2021, il 20,6% degli accessi di Pronto Soccorso, che determinano, rispetto agli accessi autonomi, una maggiore incidenza di ricovero e complessità clinica, per cui è opportuno che siano distribuiti in modo omogeneo, pur considerando alcuni fattori concorrenti quali le condizioni cliniche, la sede del soccorso, il tempo di percorrenza, la tipologia di mezzo utilizzato e lo stato di affollamento nei Pronto Soccorso.

Il cruscotto metropolitano è lo strumento sviluppato dalla Direzione Aziendale di ARES 118 per distribuire gli accessi individuando dei valori target stabiliti per ciascun Pronto Soccorso secondo i volumi di attività, il numero di accessi autonomi, i criteri di capienza di pronto soccorso e di capacità di ricovero delle strutture. Il cruscotto utilizza il valore target degli accessi per governare la distribuzione in modo indipendente dalle aree territoriali.

La Direzione Aziendale ARES 118 effettua periodicamente la revisione del cruscotto metropolitano attraverso incontri di Audit e Feedback con le Direzioni Aziendali e il Coordinamento Reti di Patologia.

La Centrale Operativa ARES 118 di Roma ha sviluppato, per l’area metropolitana di Roma, un progetto di governo centralizzato della fase di ospedalizzazione, che prevede l’indicazione alle ambulanze della struttura ospedaliera di destinazione sulla base della valutazione del codice di triage extra-ospedaliero rivalutato *in loco*, del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ritenuto necessario per ogni singola situazione clinica, delle afferenze territoriali per le patologie tempo-dipendenti, del monitoraggio del numero di accessi 118 nelle ultime 24 h e dalle ore 00.00 (<http://118realtime.ised.it/view>), al fine di rispettare il valore target individuato per ciascuna struttura.

Gli accessi 118 nelle aree provinciali e extra-metropolitana di Roma vengono governati e monitorati secondo i criteri di priorità clinica e di afferenza territoriale, individuando come valore soglia pari il 90° percentile degli accessi 118 per ciascun Pronto Soccorso.

Il fenomeno del “Blocco Ambulanza” è una condizione che influisce in modo diretto e rilevante sulla efficienza ed efficacia del soccorso extra-ospedaliero e sul rispetto dei tempi target indicati nel Nuovo Sistema di Garanzia. Il “blocco ambulanza”, prevalentemente determinato dal Boarding in Pronto Soccorso, riduce la possibilità di un efficace governo della distribuzione degli accessi 118 e può essere distinto in “Blocco in barella” quando il paziente rimane sulla barella 118 all’interno del Pronto Soccorso e in “Blocco sul mezzo” quando il paziente rimane sull’ambulanza ARES 118 all’esterno del Pronto Soccorso.

Il piano prevede:

- **obbligo di immediata presa in carico del paziente al triage e assenza di “Blocco Ambulanza” quando il numero di accessi 118 è inferiore al valore target previsto** e, contestualmente, non è presente una condizione complessiva di iperafflusso;
- visione congiunta Ospedale-ARES 118 del cruscotto disponibile nel sistema GIPSEWEB in cui vengono registrati i blocchi dopo 30’ dal triage, e sono inserite le informazioni relative al ‘blocco in barella’ in Pronto Soccorso o al “blocco sul mezzo” e l’orario di sblocco;
- **dotazione standard di barelle destinate e attive in Pronto Soccorso pari al 75% del valore indicato dal 90° percentile dei pazienti presenti alle ore 14** (*indicatore p1* <http://118realtime.ised.it/view>);

⁷ DGR 643 del 26 luglio 2022 “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”



- ruolo del flussista nella gestione del “blocco ambulanze” con il compito di verificare la dotazione attiva, regolare l'utilizzo delle barelle o altri supporti mobili in Pronto Soccorso e attingere alla intera dotazione ospedaliera;
- **La condizione di “Blocco in barella”** deve prevedere dal momento del Triage la completa presa in carico del paziente da parte del personale del Pronto Soccorso e il rilascio della barella nel più breve tempo possibile attingendo alla intera dotazione ospedaliera.

Lo stazionamento del paziente all'interno dell'ambulanza, “Blocco sul mezzo”, è un evento estremo e limitato nel tempo, che, comunque, deve prevedere la presa in carico da parte del Pronto Soccorso con esecuzione del triage e valutazione clinica. Durante il periodo di permanenza in ambulanza il personale ARES 118 svolgerà un ruolo di monitoraggio e assistenza del paziente secondo le indicazioni cliniche fornite dal personale del Pronto Soccorso, responsabile del percorso clinico. Le attività assistenziali eseguite in questo particolare setting dovranno essere accuratamente registrate sulla cartella clinica di Pronto Soccorso del paziente.

Il diniego all'accesso di pazienti trasportati da ARES 118, o la loro diversione ad altro Pronto Soccorso, non è un'opzione prevista. La Direzione Sanitaria Ospedaliera può richiedere una modifica temporanea dei flussi alla Centrale Operativa ARES 118 nell'ambito delle azioni indicate nella sezione “Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso”.

L'interruzione improvvisa e temporanea di prestazioni diagnostiche in P.S., in particolare la Tomografia Computerizzata, che possono richiedere una modifica dei flussi di accesso deve essere immediatamente comunicata alla C.O. 118. L'attività di manutenzione e/o di sostituzione di apparecchiature deve essere comunicata con largo anticipo al Coordinamento di Rete di Patologia al fine di contestualizzare e programmare l'attività senza incidere sui flussi assistenziali della stessa Rete.

Flusso in Pronto Soccorso

La mission del Pronto Soccorso è “garantire risposte e interventi adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziale attuando i provvedimenti immediati salva vita”.⁸ In continuità con la mission prioritaria gli altri obiettivi sono la selezione dei pazienti da ricoverare per condizioni di urgenza e il completamento diagnostico-terapeutico delle persone da dimettere con la prenotazione dell'eventuale percorso di continuità assistenziale.

Il flusso in Pronto Soccorso è un processo complesso composto di diverse fasi e interventi da armonizzare da un punto di vista organizzativo e relazionale, per i quali siano declinati le modalità di governo, i percorsi, la gestione multiprofessionale e multidisciplinare, e il ruolo attivo delle Unità Operative dell'Ospedale.

L'equilibrio tra persone assistite e personale presente e l'organizzazione dei percorsi assicurano il mantenimento della qualità dell'assistenza.

Il prolungamento della permanenza determina un aumento del rischio clinico e della complessità gestionale ed organizzativa, per cui il Piano prevede azioni distribuite sulle diverse fasi cliniche, potenzialmente efficaci, solo se adottate in maniera complementare.

Il Triage “Modello Lazio”⁹ identifica l'organizzazione, i percorsi e la tempistica della presa in carico nella fase di accesso con l'obiettivo di rendere attivo il tempo trascorso in questa area attraverso linee di attività da contestualizzare a livello aziendale:

- triage “avanzato” con la definizione delle attività assistenziali eseguibili e le consulenze attivabili in questa fase secondo percorsi e obiettivi clinici definiti al fine di trasformare il tempo di attesa in tempo di gestione sanitaria attiva;
- Fast Track, attivo su 7 giorni, con invio diretto dal triage allo specialista che ha il compito di chiudere la scheda di PS. Ogni Azienda ha il compito di individuare nel proprio piano le specialità di Fast Track in relazione alla frequenza degli accessi specifici;
- Percorso del dolore secondo protocollo aziendale.

Il percorso clinico-diagnostico in Pronto Soccorso prevede l'organizzazione modulare dei percorsi secondo il volume di attività, il livello di ospedale e le competenze disponibili:

- separazione dei flussi in aree per intensità di cura o priorità clinica;
- flusso dei pazienti a maggiore intensità su due fasi gestionali prima visita e rivalutazione in aree e con personale diversificato;
- protocollo per l'utilizzo e la priorità della diagnostica a media e alta tecnologia;

⁸ DCA U00361/2019 “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)”

⁹ DCA U00378/2019 “Approvazione “Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero 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);



- predisposizione di PDTA aziendali per la presa in carico multidisciplinare per i percorsi regionali di Rete (tempo-dipendenti, psichiatrica, infettivologica) o di elevato impegno di risorse come le cure intensive, oncologiche e altre;
- percorsi dedicati a pazienti fragili/geriatrici con il coinvolgimento dall'accesso in P.S. di specialisti dedicati;
- protocollo aziendale per le consulenze specialistiche che identifichi la tempistica, **non superiore ai 60'**, la modalità descrittiva, e la definizione del successivo percorso del paziente in una logica di corresponsabilizzazione nella presa in carico della persona durante la permanenza in P.S.;
- esecuzione di prestazioni diagnostiche con "slot dedicati" al pronto soccorso al fine della dimissione precoce;
- percorso di Osservazione Breve Intensiva secondo le indicazioni e i criteri di cui al documento della CSR n. 143 del 2019¹⁰.

Il Teleconsulto in condizioni di emergenza-urgenza viene svolto attraverso il sistema "ADVICE" secondo quanto previsto dalla normativa vigente¹¹ e costituisce lo strumento regionale per la consulenza a distanza, che consente la visualizzazione della documentazione clinica e delle immagini eseguite nell'Ospedale SPOKE e l'invio in cartella della consulenza dello specialista dell'Ospedale HUB.

Il sistema di teleconsulto deve essere utilizzato in presenza di una delle seguenti condizioni:

- preparare l'Ospedale Hub a accogliere il paziente con necessità di trasferimento di emergenza e attivare il personale, i servizi e la strumentazione indispensabile per la presa in carico al suo arrivo;
- valutare la necessità di trasferimento per intervento o osservazione specialistica;
- definire un percorso clinico nell'Ospedale Spoke nel caso non sia necessario il suo trasferimento per intervento o osservazione specialistica;
- valutare l'attivazione del Comitato Ospedaliero per la Donazione di organo come richiamato nella successiva sezione dedicata.

Il Piano prevede che il referente aziendale del Sistema "Advice", indicato dalla Direzione Sanitaria, svolga un'attività di manutenzione relativa a:

- disponibilità e funzionalità dei punti di accesso alla piattaforma;
- dotazione degli strumenti per il video consulto nei punti di accesso;
- attivazione dei professionisti sul sistema;
- monitoraggio attivo dell'utilizzo del teleconsulto con verifica semestrale da comunicare a Area Rete Ospedaliera e Servizio Telemedicina Territoriale e Ospedaliera.

I percorsi di dimissione dal Pronto Soccorso richiedono un progetto aziendale prodotto dalla UCAF con l'integrazione della medicina territoriale, dei distretti, dei servizi e delle Unità Operative Ospedaliere per garantire la sicurezza e facilitare la transizione verso una continuità assistenziale utile alla rivalutazione diagnostica e al monitoraggio dell'evoluzione clinica, prevedendo:

- accesso ad ambulatorio di dimissione protetta in grado di eseguire pacchetti di diagnostica di I livello per specifiche attività di follow up;
- Connessioni con percorsi strutturati intra-aziendali e interaziendali tra Azienda Territoriale e Aziende Ospedaliere/Universitarie e le Strutture Accreditate:
 - prenotazione diretta su agende dedicate di visite, prestazioni o procedure;
 - invio proattivo della richiesta alle Centrali Operative della ASL di residenza per la presa in carico nei servizi territoriali o in strutture socioassistenziali;
 - invio al MMGG/PLS secondo percorsi organizzati dalla ASL di residenza;
 - attività di telemedicina nelle sue diverse articolazioni, per il monitoraggio clinico a distanza integrato con le attività territoriali.

Il governo dei flussi in Pronto Soccorso richiede l'identificazione di un responsabile clinico e professionale con il ruolo di riferimento organizzativo, di coordinamento dei percorsi assistenziali e di collegamento con le altre funzioni ospedaliere e i nodi delle reti cliniche. La modalità organizzativa di tale funzione viene definita secondo i volumi di attività e l'organizzazione aziendale.

La periodicità temporale dei momenti di maggiore impegno assistenziale, dimostrata dall'analisi dei flussi, richiede di programmare l'organizzazione dei turni del personale secondo una metodologia in grado di garantire il mantenimento di un adeguato rapporto tra personale e pazienti presenti.

¹⁰ DCA U00361/2019 "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)"

¹¹ Determinazione 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".



Programmazione dei Ricoveri e dei Trasferimenti da Pronto Soccorso

L'incidenza regionale dei ricoveri da PS è coerente con la letteratura internazionale con un andamento regolare e periodico, che consente una programmazione ospedaliera per volume complessivo e specificità di area di ricovero, in presenza dei posti letto previsti e di un efficiente percorso di ricovero.

Il Piano prevede che il medico responsabile del caso in P.S., riscontrata la necessità di ricovero, individui la disciplina o area assistenziale più idonea per il ricovero e inserisca il paziente nell'Area di "Destinazione" dell'applicativo GIPSE/GIPSEWEB, determinando l'attivazione della misura del tempo di attesa per il ricovero.

La chiusura della scheda con l'indicazione di "Trasferimento per mancanza di posto letto" seleziona come condizione determinante la necessità di identificare una struttura con posto letto disponibile, consentendo la misurazione del tempo di attesa per la ricerca di posto letto in un'altra struttura.

Il processo di ricovero e trasferimento da Pronto Soccorso richiede un insieme di azioni organizzative relative alla programmazione dei flussi, alla gestione della tempistica, alla flessibilità delle aree di ricovero, e all'utilizzo di mezzi di trasporto, per cui ogni Azienda deve prevedere nel piano:

- identificazione del fabbisogno settimanale di posti letto per il ricovero per U.O. o area di intensità di cura e per il trasferimento in Casa di Cura Accreditata;
- cruscotto settimanale per U.O., area disciplinare o di intensità di cura di posti letto resi disponibili per il ricovero da PS in funzione del fabbisogno;
- segnalazione al reparto di ricovero nella cartella clinica di PS di condizioni di fragilità: età superiore a 80 anni, non autonomia della capacità cognitiva, relazionale e di cura;
- comunicazione da parte di ciascuna UU.OO. al Team Operativo Ospedaliero (TOH) del programma di dimissioni entro le ore 15.00 del giorno precedente;
- programmazione della disponibilità delle aree di destinazione entro le ore 12.00 in relazione al flusso giornaliero di accesso in PS;
- predisposizione degli accordi tra Azienda e Case di Cura Accreditate secondo il protocollo vigente¹² e di un protocollo aziendale che preveda entro le ore 10.00 l'identificazione delle persone assistite trasferibili;
- disponibilità di ambulanza dedicata al trasferimento da PS in relazione ai volumi di attività previsti al fine utilizzare la finestra temporale a disposizione ed evitare il ritardo o il mancato invio.

Boarding

Le Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Ospedaliero raccomandano che "la corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che accedono al P.S. sia un tempo non superiore alle 8 h dall'arrivo, anche nel caso di presentazioni cliniche complesse, in aderenza a quanto evidenziato nella letteratura internazionale"¹³.

La permanenza prolungata in Pronto Soccorso in attesa del posto letto di ricovero è la principale causa del sovraccollimento, come dimostrato dalla letteratura internazionale e dai risultati dei Rapporti regionali di monitoraggio dell'emergenza territoriale e ospedaliera degli ultimi venti anni.

Il fenomeno del boarding è, comunque, strettamente connesso a molteplici fattori del percorso sanitario e sociale come la gestione del percorso di ricovero e la pronta disponibilità di altri setting assistenziali per la dimissione, pertanto il fenomeno non può essere considerato un evento di esclusiva pertinenza del Pronto Soccorso.

Il Piano, infatti, prevede nel suo complesso una molteplicità di interventi complementari di livello sistemico e locale, per cui questa sezione del Piano è esclusivamente dedicata alla specifica metodologia di gestione. In questo senso la nota della Direzione Salute n.0482670 del 17-05-2022 ha già indicato che nelle more della revisione del Piano regionale per la gestione del sovraccollimento "è necessario attivare con tempestività presso tutte le Aziende: Procedura per il tempestivo affidamento delle persone in attesa di ricovero alle UU.OO. di ricovero".

Le persone in attesa di ricovero con un tempo superiore alle 12 h dall'arrivo in Pronto Soccorso devono essere ammesse ad una area dedicata, preferibilmente collocata al di fuori dell'area di emergenza, con la presa in carico da parte del personale delle UU.OO. di ricovero per permettere sin dalla fase di boarding le attività proprie di reparto e rendere attivo il tempo necessario per la transizione. A questo fine può essere considerata l'attivazione diurna di una "Holding Area" o di altra progettualità da contestualizzare nella struttura ospedaliera.

¹² Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di Categoria AIOP-ARIS-UNINDUSTRIA SANITÀ, sottoscritto in data 28 dicembre 2021, inerente al "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". Il documento prevede all'articolo 7 prevede la sottoscrizione di un protocollo organizzativo tra la struttura Ospedaliera per acuti e la Casa di Cura Accreditata.

¹³ DCA U00361/2019 "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 sovraccollimento in Pronto Soccorso", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. Atto n. 143/CSR)"



Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso

La condizione di sovraffollamento viene valutata attraverso gli indicatori dinamici, disponibili online sulla piattaforma <http://118realtime.ised.it/view>, distinti nelle tre fasi cliniche di accesso, permanenza e ricovero.

Gli indicatori sono rappresentati nelle tre fasi clinico-gestionali da:

- accesso:
 - accessi 24h: numero degli accessi nelle ultime 24 h superiore al 90° percentile degli accessi;
 - accessi 118 24h: numero degli accessi 118 nelle ultime 24 h superiore al cruscotto metropolitano o al 90° percentile degli accessi 118 nelle aree extrametropolitane;
- permanenza:
 - presenti: numero di pazienti presi in carico superiore al valore soglia dei posti di stazionamento disponibili¹⁴;
 - presenti: numero di pazienti presi in carico superiore al valore soglia del 90° percentile dei presenti alle ore 14.00;
- ricovero:
 - ricovero trasferimento (RT) 24h: percentuale di pazienti in attesa di ricovero-trasferimento da più di 24 h sul totale dei presenti in PS superiore al 20%;
 - attesa RT: numero di pazienti in attesa di ricovero-trasferimento superiore al numero di ricoveri giornalieri previsti nel piano.

La condizione di sovraffollamento viene formalmente indicata dal responsabile del PS/DEA alla Direzione Sanitaria in presenza di:

- due indicatori della stessa fase clinico-gestionale con valori superiori al valore soglia.
- tre indicatori contemporaneamente superiori al valore soglia indipendentemente dalla fase clinico-gestionale;

La Direzione Sanitaria diviene responsabile del programma di interventi straordinari previsti nel Piano fino alla completa risoluzione dello stato di sovraffollamento.

La C.O. 118 visualizza la situazione sulla piattaforma e adotta le iniziative più opportune rispetto all'Ospedale in condizione di sovraffollamento, compatibilmente con la situazione complessiva della rete dell'emergenza, e comunque tali interventi non potranno riguardare le procedure di centralizzazione per le reti delle patologie Tempo-Dipendenti.

La Direzione Sanitaria Ospedaliera è l'unica competente a richiedere una modifica temporanea dei flussi attraverso specifica comunicazione ad ARES 118.

Le Aziende possono prevedere, in funzione della propria organizzazione, livelli progressivi di allerta e di intervento, inserendo nel Piano gli indicatori e le misure corrispettive.

Il programma di interventi ha come obiettivo il mantenimento della qualità dell'assistenza attraverso un rapporto costante tra personale e persone assistite, una presa in carico dei nuovi accessi nei tempi previsti e un'assistenza ai pazienti in attesa di ricovero coerente con quella del reparto di degenza.

Il piano aziendale deve prevedere:

- “rinforzo temporaneo” del personale in Pronto Soccorso con risorse inserite in altri servizi o reperibili;
 - o programmazione del reperimento temporaneo da parte delle Centrali aziendali del personale;
 - o individuazione di fondi per incentivazione e prestazioni aggiuntive;
- attivazione di postazioni aggiuntive in Pronto Soccorso;
- utilizzo di un cruscotto straordinario di posti letto e di letti tecnici in sovrannumero o in appoggio a copertura dei posti letto in dotazione non attivi;
- immediato ricovero su postazioni tecniche nei Reparti di degenza secondo soglie predefinite;
- utilizzo di aree non previste dal cruscotto programmato come le week, le UDI, l'AMBI, “Holding Area” centrale o di reparto, “Discharge Room”, posti letto a disposizione della Direzione Sanitaria o di altra progettualità da contestualizzare nella struttura e non gestite dal personale di PS;
- blocco dei ricoveri di elezione ad esclusione della chirurgia programmata per patologia oncologica o classe A;
- rimodulazione temporanea della dotazione dei posti letto a favore delle aree disciplinari a maggiore fabbisogno, come disposto dal DM 70/2015.

Percorso di ricovero e di dimissione ospedaliera

Il Piano individua i processi organizzativi e la metodologia di monitoraggio relativi al percorso di ricovero e della dimissione con interventi sull'appropriatezza e sulla tempistica assistenziale ospedaliera e sull'integrazione con l'intero sistema regionale di post-acuzie di ricovero e di attività territoriale.

¹⁴ Posti di stazionamento fissi o mobili



Il Flusso di ricovero richiede un insieme di azioni organizzative relative ai percorsi multidisciplinari, alla tempistica di procedure e interventi, alle attività di consulenza per cui ogni Azienda deve prevedere nel piano:

- percorsi assistenziali multidisciplinari finalizzati all'appropriatezza e alla durata del ricovero;
- monitoraggio prospettico degli indicatori aziendali sui tempi di risposta della diagnostica di II livello e consulenze specialistiche, sulla organizzazione delle liste operatorie e sulla disponibilità di sala operatoria, e sulla degenza media per disciplina;
- allineamento della tempistica tra richiesta di ricovero da Pronto Soccorso e **dimissioni da reparto UU.OO. entro le ore 12.00.**

Il percorso di dimissione richiede interventi relativi agli strumenti di programmazione, all'organizzazione ospedaliera, ai collegamenti e all'integrazione dei percorsi con i servizi territoriali e gli altri setting assistenziali, per cui nel Piano sono previste le seguenti azioni:

- valutazione dei bisogni socioassistenziali della persona entro le 24 ore dal ricovero rivalutando quanto rilevato al Pronto Soccorso (età e autonomia cognitiva e di cura di sé) e integrandolo con le informazioni relative alla fragilità e al contesto familiare. In presenza di condizioni di rischio che vengano alla luce durante il ricovero la valutazione deve essere comunicata entro 24 h dal suo riconoscimento. Il riconoscimento di una potenziale dimissione difficile richiede l'attivazione del Team Operativo Ospedaliero (TOH) e delle sue funzioni;
- comunicazione della previsione di dimissione, entro le ore 15.00 su 7 giorni, da parte delle UU.OO al TOH per permettere al team stesso la programmazione prospettica dei ricoveri;
- istituzione di aree funzionali di "Discharge" in grado di rendere disponibile il posto letto entro le ore 12.00;
- preparazione della dimissione "potenzialmente difficile" dal momento della segnalazione del reparto al Team Operativo Ospedaliero, che assumerà il ruolo del case manager al fine di preparare il percorso di valutazione multidimensionale (UVM) in ospedale, collegato con il territorio, e successivamente il setting idoneo;
- individuazione di personale delle UU.OO. di riferimento per il TOH per facilitare il completamento delle procedure per la dimissione;
- attivazione di percorsi di dimissione protetta con prenotazione proattiva di procedure per il completamento del percorso da descrivere nella lettera di dimissione;
- adozione del modello di UVM semplificata ospedaliera¹⁵, secondo quanto previsto dalla DGR 643 del 26.7.2022, al fine di snellire i processi di dimissione, rimandando ad una successiva rivalutazione territoriale da parte della UVM territoriale per verificare l'appropriatezza del setting;
- invio al TOH della richiesta di cambio di setting, con largo anticipo rispetto alla previsione di dimissione, al fine di attivare l'interazione con le strutture e i servizi appropriati.

Le ASL attivano percorsi di integrazione secondo connessioni strutturate con le Aziende autonome e le Strutture Accreditate presenti sul territorio.

Il cambio di setting richiede, oltre la centralizzazione delle richieste al TOH, la definizione di connessioni istituzionali con le strutture di ricovero e/o i servizi territoriali secondo le seguenti modalità:

- identificazione in ogni struttura di ricovero e Centrale Operativa (COT-A/D)¹⁶ di una mail dedicata per questo servizio, in attesa del percorso di informatizzazione del processo previsto nell'ambito del PNRR;
- utilizzo dei sistemi di valutazione (Contact Assessment-setting territoriali, Nec-Pal cure palliative) e delle scale previste per il ricovero nelle strutture codice 28, 56, 60, 75 con utilizzo del modello unico regionale;
- invio della richiesta per il ricovero alle strutture e contestualmente alla COT (COT-A/D) di residenza della persona per monitorizzare e facilitare l'accesso alla struttura e preparare la successiva, eventuale, presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- invio della risposta da parte delle strutture di post-acuzie entro le successive 48 h lavorative con indicazione dell'accettazione al trasferimento, della previsione della data di ricovero e di stato della lista di attesa. In caso di valutazione di non appropriatezza nella risposta devono essere indicati i criteri di esclusione o di non appropriatezza previsti nella normativa vigente; senza questa indicazione il caso non può essere considerato non appropriato.

La continuità farmaco-terapeutica nel cambio di setting è assicurata l'erogazione della terapia farmacologica, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione da ricovero ospedaliero (Legge n. 405/2001), limitatamente al primo ciclo terapeutico.

¹⁵ DGR 643 del 26 luglio 2022 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"

¹⁶ DGR 643 del 26 luglio 2022 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"



Pertanto, in dimissione a domicilio o verso altri setting sanitari/sociosanitari territoriali è prevista la consegna di farmaci di cui al Prontuario Terapeutico regionale vigente nel rispetto delle note AIFA e previo accertamento della presenza del Piano terapeutico quando richiesto.

Il medico che effettua la dimissione invia la scheda di prescrizione al Servizio Farmaceutico Ospedaliero che, valutata la completezza e l'appropriatezza della terapia, autorizza l'allestimento di un pacchetto personalizzato dei farmaci prescritti da inviare in reparto per la consegna definitiva al paziente in dimissione o in trasferimento in altro setting.

La durata della terapia farmacologica fornita in dimissione è riferita ai primi 7 giorni.

Il percorso di deospedalizzazione richiede strumenti innovativi e una programmazione dell'integrazione con il territorio coinvolgendo sia i servizi con le diverse professionalità sanitarie, sia gli Enti Istituzionali con valenza sociale, per cui il Piano prevede le seguenti azioni:

- lettera di dimissione strutturata con definizione del progetto assistenziale secondo una metodologia aziendale;
- inserimento della persona nei percorsi di assistenza con supporto digitale per l'assistenza domiciliare protetta con utilizzo delle funzioni di Telemedicina;
- programmi integrati delle Aziende Sanitarie Locali con le Aziende Autonome del proprio territorio con:
 - percorsi di presa in carico per la deospedalizzazione con la medicina territoriale e i MMG/PLS;
 - percorsi per la gestione dei pazienti cronici/fragili o frequent users;
 - attivazione delle strutture previste nel DM77 e recepite nel documento regionale, quali Case di Comunità e Ospedali di Comunità;
- utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, come previsto dal PNRR, per condividere le informazioni sanitarie tra i diversi setting assistenziali;
- protocolli di integrazione tra TOH, COT (COT-A/D)¹⁷ e servizi sociali comunali e municipali all'interno dei piani di zona;
- attivazione di protocolli di collaborazione con Enti Istituzionali non sanitari.

Back transfer

Il trasferimento di un paziente tra due centri secondo un gradiente di intensità clinico-assistenziale decrescente è un'opportunità gestionale che può essere attivata, nel rispetto delle competenze necessarie, per rendere disponibili i posti letto nel Centro Hub per altre emergenze o avvicinare il paziente alla sua residenza.

Il Coordinamento di Area Hub e Spoke, diretto dalla Direzione Sanitaria del Centro Hub, dovrà definire un percorso che indichi le seguenti azioni e professionalità di riferimento:

- tempistica prevista per la presa in carico inferiore alle 48 h;
- modalità di gestione della comunicazione tra Hub e Spoke;
- figura dell'Hub responsabile della indicazione di Back Transfer e della scelta del reparto idoneo;
- figura dello Spoke responsabile della decisione della presa in carico e della sua tempistica.

Accesso a strutture per acuti di persone in carico a strutture di ricovero o inseriti nei servizi di prossimità

Le COT (COT-A/D) hanno l'obiettivo di svolgere una funzione proattiva per gli ospiti di strutture sanitarie/sociosanitarie/socioassistenziali o per le persone inserite in percorsi di cronicità al fine di programmare procedure in ambito ospedaliero "non urgenti" e ridurre la necessità di accesso al Pronto Soccorso o di nuovo ricovero. Le COT (COT-A/D) svolgono una attività di raccordo e facilitazione per la programmazione di consulenze e procedure, a questo fine è determinante la precocità della valutazione delle necessità cliniche da parte del case-manager, che ha in carico la persona.

Il percorso prevede che il case-manager del percorso di cronicità o della Struttura residenziale, invii la richiesta alla COT (COT-A/D) di riferimento territoriale, che diversificherà il percorso se l'attuale condizione del paziente è successiva o meno ad un recente episodio di ricovero in acuzie.

Nel caso di "recente ricovero in acuzie" la COT (COT-A/D) programmerà le procedure con il TOH della Struttura Ospedaliera che ha dimesso la persona, se dotata delle competenze necessarie, o altrimenti delle Strutture Ospedaliere di riferimento territoriale dotate delle competenze. In presenza di una condizione di urgenza il paziente deve essere trasferito presso la struttura di ricovero inviante previo contatto con il TOH, che attiva un percorso ospedaliero dedicato.

Nella condizione di "non recente ricovero in acuzie" la COT (COT-A/D) programmerà le procedure nell'ambito delle Strutture Ospedaliere di riferimento territoriale dotate delle competenze necessarie.

¹⁷ DGR 643 del 26 luglio 2022 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"



La COT (COT-A/D) gestisce la relazione tra i referenti delle strutture per la precoce presa in carico da parte della Struttura Ospedaliera. Le procedure richieste devono essere programmate secondo una tempistica coerente con la situazione clinica e individuando le modalità assistenziali idonee.

La COT (COT-A/D) verifica l'attuazione della procedura programmata e il rapido rientro nel setting assistenziale di provenienza.

Nel caso di invio pazienti ricoverati in altri setting socio-assistenziali devono essere attuate le procedure previste nell'allegato n. 4 della DGR 821/2009¹⁸, in particolare attuando la possibilità di "...trasferimento del paziente con equivalenti bisogni diagnostico-assistenziali dall'Ospedale alla struttura di lungodegenza/riabilitazione dovrà essere completato entro e non oltre 24 ore.." e l'indicazione che "...il paziente dovrà essere rinvio da parte della struttura di Lungodegenza/riabilitazione all'Ospedale di provenienza e non a quello più vicino".

Team Operativo Ospedaliero (TOH)

La funzione di "Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione" istituita con Delibera di Giunta Regionale n. 821 del 3 novembre 2009¹⁸ alla luce dell'esperienza condotta necessita di aggiornamento del modello organizzativo.

Il Piano prevede l'istituzione del Team Operativo Ospedaliero (TOH), secondo la complessità organizzativa a livello aziendale o ospedaliero, con lo scopo di riunire in una struttura organica diverse funzioni organizzative, assistenziali, logistiche, sociali, e di costituire l'interfaccia dell'Ospedale con le Centrali Operative (COT-A/D) e le Strutture di ricovero, presenti sul territorio, al fine di facilitare, secondo la complessità clinica, l'accesso o il rientro da altri setting assistenziali.

Il TOH è struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria con un coordinatore nominato dalla Direzione Aziendale, che opera in continuità con le Direzioni delle Professioni Sanitarie e delle UU.OO di ricovero secondo processi strutturati.

Il TOH può essere supportato da figure cliniche e professionali indicate dalla Direzione Aziendale come figure di riferimento per l'appropriatezza del percorso assistenziale e la facilitazione delle relazioni professionali nel cambio di setting.

Il TOH sviluppa la sua azione nella gestione del flusso di ricovero, delle condizioni di fragilità e dei servizi di trasporto e nel Piano Aziendale deve essere indicato per ciascuna area di interesse le funzioni e le attività previste, i ruoli di responsabilità e la metodologia di connessione trasversale con i diversi attori interni ed esterni.

La gestione del Flusso di Ricovero e Dimissione ha il compito di facilitare i tempi e l'appropriatezza del percorso favorendo il collegamento tra le UU.OO. e gli altri setting e prevede le seguenti funzioni:

- attività di coordinamento con i responsabili dei flussi delle UU.OO. di Pronto Soccorso, di ricovero e dei servizi con riunioni periodiche di audit e feedback sul percorso di ricovero;
- monitoraggio e interventi sui ritardi nell'esecuzione di procedure, interventi o dimissioni con tempi superiori alla degenza media;
- previsione e programmazione delle dimissioni e delle opportunità di ricovero;
- gestione del cruscotto ordinario e straordinario e dei ricoveri sui posti letto aggiuntivi o postazioni tecniche previsti nel Piano;
- coordinamento delle aree aziendali di "Holding Area" e di "Discharge Room";
- presa in carico delle dimissioni verso un altro setting assistenziale;
- gestione dei trasferimenti interni tra UU.OO. ed esterni per i cambi di setting;
- organizzazione delle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale;
- coordinamento organizzativo dei trasferimenti verso le altre Strutture assistenziali sanitarie e sociosanitarie;
- connessioni strutturate ed operative con le Centrali Operative, le Strutture di ricovero, e i case manager delle Reti per i percorsi e le procedure di dimissione, trasferimento o di ricovero.

Le ASL devono istituire una metodologia di integrazione con connessioni strutturate con le Aziende Ospedaliere/Universitarie e le Strutture Accreditate al fine di coordinare funzioni e attività assistenziali per i propri residenti.

La gestione del flusso necessita della disponibilità di un cruscotto in tempo reale, dotato di sistemi di alert, che permetta di monitorare:

- attività del Pronto Soccorso e flusso delle persone "in destinazione" in attesa di ricovero e trasferimento;
- visione in tempo reale dei posti letto organizzativamente disponibili e la loro occupazione;
- cruscotto del percorso di ricovero con alert su: tempi di esecuzione delle consulenze specialistiche (>24h), risposta della diagnostica di II livello (>48h dalla richiesta), tempi preoperatori di elezione (> 1 giorno), della

¹⁸ Delibera 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".



degenza media (> al valore medio nazionale per specialità), attesa del cambio di setting dalla richiesta (>3 giorni).

La presa in carico dei pazienti Fragili¹⁹ ha il compito di facilitare la capacità sociale della persona e dei suoi caregiver favorendo il collegamento degli interventi tra sistema sanitario e sistema sociale e prevede le seguenti funzioni:

- programmazione e monitoraggio del percorso per le condizioni di fragilità e le dimissioni difficili;
- ricezione delle richieste delle UU.OO. di alert per possibili dimissioni difficili individuate sia in Pronto Soccorso che al momento del ricovero;
- coordinamento delle figure professionali nelle unità di valutazione multidimensionale;
- partecipazione alla valutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e individuazione del setting appropriato secondo criteri di eleggibilità;
- identificazione di case manager per la dimissione.
- collegamento strutturale con le Centrali Operative e gli Enti istituzionali non sanitari, tra cui i PUA, per la programmazione e l'attivazione dei percorsi sociali per la persona;

L'organizzazione dei trasporti ha il compito di facilitare il collegamento con il servizio aziendale al fine di garantire le priorità e la tempistica e prevede le seguenti funzioni:

- programmazione delle richieste di trasferimento interne ed esterne;
- gestione della lista di priorità di trasferimento;
- collegamento con le strutture esterne fino a trasferimento avvenuto.

Il Piano raccomanda che l'attività dei servizi aziendali di trasporto preveda i seguenti criteri, soprattutto nel caso di accordi con servizi accreditati:

- dotazione monitorata in funzione del fabbisogno in considerazione dei casi di trasporto urgente e della necessità di completare i trasferimenti per mancanza di posti letto entro le ore 18.00 e di permettere nei tempi coerenti con la situazione clinica i trasferimenti di urgenza. ARES 118 può essere attivato per il trasporto secondario in continuità di soccorso per procedure Tempo-dipendenti secondo quanto previsto nella determina G12771 del 10/10/2018;
- strumentazione dei mezzi adeguata alle indicazioni del documento di sicurezza dei trasporti in emergenza²⁰;
- tempistica di attivazione urgente comprensiva del personale medico entro 30';
- criteri organizzativi dei trasporti secondari, non emergenza-urgenza, differenziati per intensità di cura.

Programma donazione di organo

I potenziali donatori di organi sono affetti, principalmente, da condizioni neurologiche come l'emorragia cerebrale, l'ictus ischemico, il trauma cranico e l'encefalopatia post-anossica, per cui è necessario che nell'ambito delle Reti di Patologia Tempo-dipendenti e non Tempo-dipendenti questa opportunità venga rilevata e segnalata al proprio Comitato Ospedaliero per la Donazione.

L'obiettivo è garantire in modo sistematico le operazioni di procurement su una casistica di rete, che consenta di ampliare l'attuale platea di potenziali donatori, attualmente non rilevata.

Il Coordinamento di Rete di Patologia e il Centro Regionale Trapianti predisporranno un programma di formazione sul "procurement" e l'inserimento di linee di indirizzo con la metodologia di monitoraggio nella revisione dei Piani e del report di Rete patologia specifico.

I referenti di Rete del Team del Centro Hub e dei centri Spoke hanno il compito di garantire la preparazione e l'attenzione su questa tematica, e di supportare una rilevazione precoce con particolare riguardo a due momenti del percorso:

- conclusione del teleconsulto specialistico in cui non vengano rilevate ulteriori opportunità terapeutiche;
- condizione di evoluzione verso il percorso di fine vita.

Il procurement dei tessuti coinvolge il recupero di osso (testa del femore), per cui è necessario istituire un collegamento strutturato tra le Aziende ad alto volume di attività con il Centro regionale Trapianti per valutare questa opportunità nei soggetti con età inferiore a 75 anni.

Evoluzione delle Aree di Emergenza e ad alta intensità di cura

¹⁹ Raccomandazione n.15/32013 del Ministero della Salute sottolinea di predisporre procedure con specifico riferimento a fasce di popolazione in condizioni di fragilità: disabili, senza fissa dimora o fonte di reddito, con rete familiare assente, pazienti con disturbi psichiatrici o con dipendenza, pazienti oncologici

²⁰ DGR n. 1729/2002 "Piano Sanitario Regionale 2002/2004 - Sfida Prioritaria Emergenza - Protocollo sul trasferimento inter-ospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso"



L'evento pandemico ha determinato una riflessione e un investimento²¹ sulle aree di emergenza e ad alta intensità di cura con la necessità di programmare una architettura flessibile con aree modificabili per ampiezza e delimitabili per percorsi separati, dotati di tecnologia per la diagnostica e il supporto intensivo e di sistemi di condivisione a distanza di informazioni sanitarie e immagini.

Le aree assistenziali devono essere diversificate per intensità di cura e fase del percorso clinico, individuando ambienti per la comunicazione con i familiari, aree di accesso per i percorsi per le persone fragili, e per il fine vita.

Nel documento relativo all'applicazione del DL 34²² è stata riconosciuta la necessità di dotare l'area di emergenza di posti letto di terapia semintensivi individuando un valore del 30% rispetto alla dotazione complessiva assegnata.

Sistema di Monitoraggio

Il Sistema di monitoraggio si avvale delle seguenti fonti informative ARES 118, SIES, GIPSE on line, SIO e prevede i seguenti strumenti:

- Piattaforma on line <http://118realtime.ised.it/view> che permette la visualizzazione dei seguenti indicatori:

| | |
|------------|---|
| Accesso | numero degli accessi nelle ultime 24 h |
| | valore soglia degli accessi nelle ultime 24 h pari al 90° percentile |
| | numero degli accessi 118 nelle ultime 24 h |
| | numero degli accessi 118 dalle ore 00.00 |
| Permanenza | Valore soglia degli accessi 118 nelle ultime 24 h previsto nel "cruscotto metropolitano" o pari al 90° percentile nelle aree extrametropolitane |
| | numero dei presenti contemporaneamente in pronto soccorso |
| | valore soglia dei posti di stazionamento organizzativamente disponibili, indicati nell'allegata sezione dotazioni |
| Ricovero | valore soglia dei presenti contemporaneamente in pronto soccorso pari al 90° percentile dei presenti alle ore 14 |
| | numero di pazienti in attesa di ricovero-trasferimento da oltre 24 h |
| | valore soglia percentuale di pazienti in attesa di ricovero-trasferimento da più di 24 h sul totale dei presenti in PS superiore al 20%; |
| | numero di pazienti in attesa di ricovero-trasferimento |
| COVID-19 | valore soglia numero di ricoveri-trasferimenti giornalieri previsti nel piano |
| | numero dei transiti in area dedicata COVID-19 |
| | numero dei presenti in area dedicata COVID-19 |

- Report settimanale contenente il valore medio dal 1° gennaio dell'anno corrente fino alla penultima settimana e il valore medio dell'ultima settimana dei seguenti indicatori:
 - Accessi medi nelle ultime 24 h alle ore 14.00;
 - ARES 118 - Media Mezzi Bloccati Giornaliera
 - ARES 118 - Media Tempo di Blocco Giornaliero;
 - Accessi medi nelle ultime 24 h alle ore 14.00;
 - Media dei Presenti alle ore 14 alle ore 14.00;
 - Media Presenti in attesa di ricovero o trasferimento da oltre 24 h alle ore 14.00.
- Report dotati di tabelle per Regione e Struttura di Ricovero, prodotti dall'Area Rete Ospedaliera, con indicatori di processo, di tempistica, di performance e di esito delle attività di:
 - Pronto Soccorso con cadenza semestrale e annuale;
 - Rete Ospedaliera per acuti e post-acuti, delle Reti Tempo-dipendenti e dell'Attività Chirurgica, con cadenza annuale;
- Report semestrale sullo stato di occupazione massima e media, posti letto NSIS, prodotto dall'Area Sistemi Informativi;
- Report di Patient Reported Outcomes Initiative (PROMs) e Patient Reported Experience Measures (PREMs) prodotto con il coinvolgimento della "Sanità Partecipata".

Le Aziende devono predisporre un sistema di monitoraggio periodico da inserire nel Piano Aziendale e disponibile in un cruscotto on line aziendale per UU.OO. e da inviare alla Direzione Salute ogni semestre contenente:

- numero di posti letto "organizzativamente disponibili"²³;

²¹ DL n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla Legge n. 77/2020, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"

²² DCA n. U00096 del 21 luglio 2020 "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, art.2 del DL 34/2020"

²³ DM n. 70 2.4.2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.



- tempo medio di esecuzione e refertazione delle procedure diagnostiche di II livello;
- tempo medio di esecuzione e refertazione delle consulenze specialistiche;
- tempo medio di attesa dalla richiesta di posto letto in post-acute per codice o assistenza domiciliare.

Programma di Miglioramento e Formazione

Le Aziende devono preparare il Piano, secondo le indicazioni presenti in questo documento (Allegati 1), e sviluppare una metodologia di analisi dei processi con l'individuazione di obiettivi ed interventi da inserire nel programma annuale di miglioramento e di formazione, attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione multiprofessionale e multidisciplinare delle proprie risorse umane.

Il programma di miglioramento viene sviluppato attraverso un percorso di condivisione professionale che prevede:

- diffusione capillare dei report semestrali di monitoraggio delle attività assistenziali;
- incontri mensili di "Audit e Feedback documentati con materiale didattico da diffondere a livello aziendale e interaziendale ai diversi livelli:
 - UCAF sulle tematiche relative ai diversi aspetti del Piano Aziendale utilizzando come strumenti le evidenze disponibili, l'esperienza personale dei componenti del gruppo multidisciplinare e i risultati del monitoraggio;
 - ASL sulle tematiche relative ai percorsi territoriali con il coinvolgimento dei servizi aziendali e dei MMGG/PLS;
 - Aziende Autonome e ASL sulle tematiche di connessione interaziendali per la presa in carico post-dimissione;
- formalizzazione degli obiettivi di miglioramento e degli indicatori di processo e di risultato.

La Formazione Continua Permanente "sul campo" è lo strumento indispensabile per la conoscenza dei percorsi assistenziali e la realizzazione degli obiettivi del programma di miglioramento in modo di creare una linea di continuità tra la programmazione e la realizzazione nel contesto organizzativo o professionale.

Il Piano prevede interventi formativi attraverso:

- a. diffusione on line dei percorsi assistenziali;
- b. incontri formativi tematici multiprofessionale e multidisciplinare;
- c. sessioni di lavoro e di comunicazione in team;
- d. eventi di preparazione e simulazione sul campo.

Verifica dell'attuazione del Piano Aziendale

Il Piano Aziendale per "la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento del Pronto Soccorso" costituisce un obiettivo della Direzione Strategica e viene inviato alla Direzione Salute entro il 15 dicembre di ogni anno, e si riferisce alle azioni da realizzare ed agli obiettivi da raggiungere per l'anno successivo a quello della adozione.

Il Piano Aziendale viene redatto secondo i principi descritti nella Sezione B del presente documento, secondo un modello allegato (all.1) in cui riassume la metodologia di preparazione e di analisi dei flussi, i documenti aziendali di riferimento e il cronoprogramma attuativo degli interventi.

Il Piano Aziendale prevede una sezione conclusiva contenente la relazione su:

- interventi di miglioramento attuati nell'anno precedente corredata dei risultati ottenuti;
- razionale delle azioni da predisporre nell'anno successivo con descrizione di obiettivi e indicatori misurarne l'efficacia.

La verifica annuale da parte del coordinamento regionale dell'intero percorso assistenziale, descritto nel Piano, sarà attuata sulla base di report strutturati su specifici indicatori di performance e Checklist di processo in relazione al livello della Struttura nella Rete Ospedaliera.

Il percorso di verifica prevede:

- Valutazione del Piano Aziendale con la relativa metodologia attuativa, cronoprogramma e relazione conclusiva;
- Report periodico di indicatori di processo e di performance dei flussi sotto descritti;
- "Site visit" del Coordinamento Regionale su specifici flussi o processi inseriti nel Piano.

Il sistema di report sull'attuazione del Piano e sugli indicatori di risultato è cadenzato con la seguente tempistica:

- **Settimanale e Mensile:**
 - Fonte ARES 118:
 - Numero di mezzi con "Blocco Ambulanza";



- Media Tempo Totale di Blocco Giornaliero;
- Fonte GIPSE on-line (ore 14):
 - Accessi medi nelle ultime 24 ore;
 - Accessi medi nelle ultime 24H con arrivo ARES 118
 - Media dei Presenti alle ore 14
 - Media Presenti in attesa di ric. trasf da oltre 24H
- **Semestrale:**
 - Fonte SIES:
 - Percentuale accessi dimessi a domicilio entro le 12H (tutti gli esiti ad eccezione dei ricoveri/trasferimenti o accessi in O.B.I.)
 - Per gli accessi con esito ricovero/trasferimento per mancanza di Posto Letto:
 - Percentuale accessi ricoverati entro le 12H
 - Numero assoluto accessi con esito ricovero oltre le 24H
 - Tempo mediano in PS
 - Percentuale accessi con esito ricovero in reparti ad alta intensità entro le 12H dall'accesso in PS/DEA.
 - Posti Letto (PL) Acuti da Fonte NSIS (escluso Nido e specialità pediatriche):
 - PL cardiologia
 - PL Area Medica (al netto della cardiologia)
 - PL totali
 - Fonte SIO -Attività di ricovero SSN-ORD-ACUTI (escluso MDC=14) con età \geq 18 anni:
 - Giornate di degenza in AREA MEDICA (esclusa la specialità di cardiologia);
 - Tasso di occupazione semestrale (%) in area medica (esclusi transiti in cardiologia);
 - Giornate degenza Totali;
 - Tasso di occupazione semestrale (%) totale;
 - Degenza media preoperatoria;
 - Per gli interventi in Classe A, percentuale interventi programmati con tempo di attesa oltre soglia;
 - Percentuale DRG ad alto rischio inappropriata (Patto per la Salute 2010-2012)
- **Annuale**
 - Metodologia di processo indicato dalla Azienda:
 - Boarding in carico alle UU.OO.;
 - Disponibilità di interventi aggiuntivi in presenza di Sovraffollamento in P.S.;
 - Funzioni attivate del Team Operativo Ospedaliero;
 - Percorsi territoriali per "frequent users" e/o "pazienti fragili/cronici" e per dimissioni "protette".



SEZIONE B. PIANO AZIENDALE

Il “Piano Aziendale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in pronto soccorso” è lo strumento di programmazione con cui le Direzioni Strategiche Aziendali coinvolgono il personale in una logica multiprofessionale per declinare la propria organizzazione e le azioni di miglioramento.

Il Piano costituisce uno strumento di lavoro e di trasparenza e declina i principi organizzativi e i percorsi gestionali attraverso il quale sviluppare un linguaggio comune, obiettivi aziendali e relazioni consapevoli.

Il Piano viene redatto attraverso un percorso collegiale di Audit e Feedback sul fabbisogno²⁴, sui percorsi e sulle performance assistenziali, che permetta di applicare e adattare in ciascuna Azienda le azioni e gli interventi previsti nella sezione A di questo documento.

La redazione viene predisposta secondo un modello regionale, *allegato n.1*, in cui devono essere indicati le dotazioni, il fabbisogno, i documenti aziendali di indirizzo con gli interventi già attivi e la modalità di attivazione dei nuovi interventi con i relativi cronoprogrammi.

Le sezioni da compilare sono le seguenti:

- Identificazione dell’Ospedale:
 - Inserimento del nome della Struttura e del Ruolo nella Rete di Emergenza;
- Dotazione e Fabbisogno:
 - Accessi e Triage distinto da P.S. unico;
 - Disponibilità di posti di stazionamento in P.S. e posti letto organizzativamente occupabili;
 - Relazione sui posti letto programmati indisponibili;
 - Fabbisogno di ricovero e trasferimento nei diversi setting;
- Governance:
 - Relazione sulla organizzazione della UCAF e della sua metodologia di lavoro e di preparazione del Piano;
- Umanizzazione e informazione:
 - Relazioni su servizi di accoglienza, accompagnamento e orientamento, persone fragili e fine vita;
- Percorsi appropriati differenti dal Pronto Soccorso:
 - Relazione su percorsi per persone fragili, attività delle strutture indicate nel DM 77, accessi non programmati nelle UU.OO. di presa in carico
- Accessi ARES 118
 - Dotazione barelle;
 - indicazione responsabile del flusso
 - relazione sul protocollo stazionamento in ambulanza;
- Flusso in Pronto Soccorso:
 - Relazione triage avanzato e fast track;
 - documentazione aziendale su separazione dei flussi, protocolli e percorsi previsti;
 - Disponibilità di agende dedicate nelle discipline;
 - Manutenzione del sistema di Teleconsulto “Advice”;
 - Relazioni relative a OBI, dimissione protetta, prenotazione di attività, percorsi con ASL, ospedale virtuale;
 - Individuazione responsabile dei flussi;
- Programmazione dei ricoveri e dei trasferimenti da Pronto Soccorso:
 - Procedura di segnalazione condizioni di fragilità;
 - Relazione sul Cruscotto settimanale dei posti letto per ricoveri da P.S.;
 - Relazione sugli Accordi con CdCA;
 - Relazione sull’Ambulanza dedicata al trasferimento;
- Boarding:
 - Relazione su sede di gestione;
 - Relazione su metodologia di presa in carico;
- Dichiarazione e Gestione del sovraffollamento:
 - Relazione su rinforzo temporaneo del personale del P.S.;
 - capacità di postazioni aggiuntive di P.S. attivabili;
 - Relazione su cruscotto straordinario, aree non previste dal cruscotto programmato, blocco ricoveri di elezione e rimodulazione aree di ricovero;
- Percorso di ricovero e di dimissione ospedaliera:

²⁴ Report regionali dell’Attività di Emergenza e della Rete Ospedaliera



- Relazione e informazioni su azioni relative a flusso di ricovero, percorso di dimissione, cambio di setting;
- Back transfer
 - Relazione su protocollo aziendale;
- Accesso a strutture per acuti di persone in carico a strutture di ricovero o inseriti nei servizi di prossimità
 - Relazione sulla attività delle Centrali Operative;
- Team operativo Ospedaliero:
 - Relazione sulla composizione;
 - Check list sulle funzioni indicate nel Piano;
 - Relazione sui servizi aziendali di trasporto;
- Programma di donazione di organo:
 - Relazione sulla formazione aziendale sul procurement;
- Sistema di monitoraggio:
 - Relazione sul monitoraggio prospettico delle attività durante il ricovero (T' diagnostica, consulenza, preoperatorio, degenza media);
 - Relazione su monitoraggio periodico dei posti letto organizzativamente disponibili;
- Programma di miglioramento e Formazione:
 - Relazione sulla metodologia di diffusione dei report, attività di audit e feedback, formazione continua sul campo;
- Relazione conclusiva su:
 - Interventi di miglioramento attuati nell'anno precedente corredata dei risultati ottenuti;
 - Razionale delle azioni da predisporre nell'anno successivo con descrizione di obiettivi e indicatori su cui si vuole misurare l'efficacia.

Il Piano viene sottoposto a revisione annuale dalla Direzione Aziendale e trasmesso alla Direzione Regionale entro il 15 dicembre di ogni anno.



Allegato 1 – Modello Regionale -
Piano Aziendale del Flusso di Ricovero e della Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso

| | |
|--|--|
| Ospedale | |
| Ruolo nella Rete dell’Emergenza | |

| | |
|--|--|
| Dotazione e Fabbisogno | |
| Accessi e Triage distinti da PS unico (indicare le specialità) | |
| Postazioni complessive di stazionamento in PS ²⁵ | |
| Numero di posti letto organizzativamente occupabili ²⁶ | |
| Relazione sui posti letto organizzativamente indisponibili ²⁷ | |
| Numero di dichiarazioni di sovraffollamento al PS nell’anno precedente | |
| Fabbisogno giornaliero di ricoveri da PS | |
| Fabbisogno giornaliero di trasferimenti da PS verso CdCA | |
| Fabbisogno mensile di trasferimento in Assistenza Domiciliare | |
| Fabbisogno mensile di trasferimento in altro setting di ricovero | |

| |
|--|
| Governance |
| Costituzione Unità di Crisi Aziendale sui flussi (documento aziendale e descrizione della metodologia di lavoro e di preparazione del Piano) |

| |
|--|
| Umanizzazione e Informazione |
| Servizi di accoglienza, accompagnamento e orientamento |
| Persone fragili e non autosufficienti: percorsi per la presenza organizzata dei caregiver e presidi e ausili disponibili |
| Percorso di “fine vita” |
| Altri Interventi aziendali |

| |
|--|
| Percorsi appropriati differenti dal PS |
| Frequent users o pazienti fragili/cronici: Percorsi aziendali e ruolo delle Centrali Operative ²⁸ |
| Attività dei servizi delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Unità di Cure Primarie ²⁹ |

²⁵ Posti di stazionamento fissi e mobili a disposizione del P.S.

²⁶ Posti letto “organizzativamente occupabili in qualsiasi momento per pazienti urgenti o elettivi (esistenti ed utilizzabili) (DM 70/2015)

²⁷ Posti letto “organizzativamente indisponibili, per ragioni contingenti quali insufficienza di personale, procedure di disinfezione (DM 70/2015)”, lavori in corso, altre interruzioni di utilizzo

²⁸ Esclusivo delle ASL

²⁹ Esclusivo delle ASL



| |
|--|
| Percorsi di accesso non programmato e di ricovero di persone in cura presso le Unità Operative |
| Altri Interventi aziendali |

| | |
|---|--|
| Accessi ARES 118 | |
| Dotazione barelle attive | |
| Flussista responsabile della gestione del "blocco barelle" | |
| Protocollo per lo stazionamento del paziente all'interno dell'ambulanza | |
| Altri Interventi aziendali | |

| | |
|--|--|
| Flussi in Pronto Soccorso | |
| Esecuzione triage avanzato (descrizione delle attività e documento aziendale di riferimento) | |
| Fast Track (descrizione delle attività e documento aziendale di riferimento) | |
| Separazione dei flussi per intensità o priorità clinica | |
| Separazione dei flussi tra prima visita e rivalutazione | |
| Protocollo aziendale del dolore ³⁰ | |
| Percorso aziendale per trauma maggiore ³¹ | |
| Percorso aziendale per ictus ³² | |
| Percorso aziendale per emergenza cardiologica ³³ | |
| Percorso aziendale per pazienti con disturbi comportamentali ³⁴ | |
| Altri percorsi aziendali per la presa in carico da parte del team multidisciplinare ³⁵ | |
| Percorsi dedicati a pazienti fragili ³⁶ | |
| Attività di Audit e manutenzione del sistema di teleconsulto "ADVICE" | |
| Agende dedicate per prestazioni o procedure da eseguire in regime di pronto soccorso (descrizione prestazioni e procedure) | |
| Attività di Osservazione Breve Intensiva OBI (descrivere posti disponibili, metodologia, criteri di utilizzo secondo Accordo Stato-Regioni ³⁷) | |
| Accesso ad ambulatorio di dimissione protetta (indicare contestualmente la capacità di pacchetti diagnostici) | |

³⁰ documento aziendale di riferimento

³¹ documento aziendale di riferimento

³² documento aziendale di riferimento

³³ documento aziendale di riferimento

³⁴ documento aziendale di riferimento

³⁵ documento aziendale di riferimento

³⁶ documento aziendale di riferimento

³⁷ DCA U00361/2019 "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 sovraccollamento in Pronto Soccorso", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. Atto n. 143/CSR)"



| | |
|--|--|
| Prenotazione diretta di visite, prestazioni o procedure (descrizione prestazioni e procedure) | |
| Percorsi strutturati tra Azienda Territoriale e Aziende Ospedaliere ³⁸ | |
| Percorsi di presa in carico: MMG/PLS e/o Centrale Operativa con i servizi territoriali ³⁹ | |
| Ospedale virtuale presa in carico e monitoraggio a distanza | |
| Responsabile dei flussi in PS | |
| Altri Interventi aziendali | |

| | |
|--|--|
| Programmazione dei ricoveri e trasferimenti da PS | |
| Procedura di segnalazione da PS di condizioni di fragilità | |
| Cruscotto settimanale di posti letto resi disponibili per il ricovero da PS (descrizione della metodologia e organizzazione) | |
| Accordi tra Azienda e Case di Cura Accreditate secondo il protocollo vigente ⁴⁰ (indicazione delle CdCA e documento aziendale di riferimento) | |
| Ambulanza dedicata al trasferimento da PS (descrizione della disponibilità e metodologia di attivazione) | |
| Altri Interventi aziendali | |

| | |
|---|--|
| Boarding | |
| Sede di gestione (indicare attivazione di "Holding Area" o altra progettualità) | |
| Metodologia di presa in carico | |
| Altri Interventi aziendali | |

| | |
|---|--|
| Dichiarazione e Gestione del Sovraffollamento | |
| "Rinforzo temporaneo" del personale in Pronto Soccorso (descrizione della metodologia) | |
| Attivazione di postazioni aggiuntive in Pronto Soccorso (indicazione numero) | |
| Attivazione di un cruscotto straordinario letti tecnici in sovrannumero o in appoggio (descrizione e metodologia) | |
| Utilizzo di aree non previste dal cruscotto programmato (descrizione e metodologia) | |

³⁸ Esclusivo Ospedale di Azienda Autonoma

³⁹ Esclusivo ASL

⁴⁰ Documento aziendale di riferimento



| |
|--|
| Blocco dei ricoveri di elezione (descrizione e metodologia) |
| Rimodulazione temporanea della dotazione delle aree disciplinari (descrizione e metodologia) |
| Altri Interventi aziendali |

| | |
|--|--|
| Percorso di ricovero e di dimissione ospedaliera | |
| Flusso di Ricovero | |
| Predisposizione di percorsi assistenziali multidisciplinari finalizzati all'appropriatezza e alla durata del ricovero | |
| Allineamento dei ricoveri da PS e dimissioni da reparto entro le ore 12.00 | |
| Percorso di dimissione | |
| Istituzione di aree funzionali di "Discharge" in grado di rendere disponibile il posto letto entro le ore 12.00 (centrale o reparto) | |
| Invio al TOH della valutazione dei bisogni socioassistenziali della persona a rischio entro 24 ore dal ricovero | |
| Istituzione di case manager per la dimissione | |
| Programmazione giornaliera delle dimissioni con invio delle UU.OO. della previsione nel giorno precedente (descrizione metodologia) | |
| Metodologia del TOH nella presa in carico della dimissione "potenzialmente difficile" | |
| Cambio di setting | |
| Invio al TOH della richiesta di cambio di setting con largo anticipo rispetto alla previsione della data di dimissione | |
| Mail identificativa in ogni struttura di ricovero e Centrale Operativa (COT A/D) | |
| Utilizzo delle scale di valutazione (Contact Assessment-Nec-Pal -28, 56, 60, 75) | |
| Deospedalizzazione | |
| Lettera di dimissione con il progetto assistenziale di presa in carico | |
| Percorsi di dimissione protetta con prenotazione proattiva di prestazioni e procedure | |
| Ospedale virtuale per l'assistenza domiciliare protetta (descrizione) | |
| Collegamenti strutturati tra Aziende Autonome e ASL (descrizione) | |
| Percorsi aziendali con la medicina territoriale e i MMG/PLS (indicazione della tipologia) | |
| Attivazione dei servizi territoriali attraverso le Centrali Operative (COA/COT) (descrizione metodologia) | |
| Attivazione delle strutture previste nel DM77 | |
| Istituzione protocolli di collaborazione tra TOH, CO e servizi sociali comunali o altri Enti (indicare gli enti) | |
| Altri Interventi aziendali | |
| Back Transfer | |
| Descrizione della metodologia aziendale | |



| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| Accesso a strutture per acuti di persone in carico a strutture di ricovero o inseriti nei servizi di prossimità |
| Relazione sulla attività delle Centrali Operative ⁴¹ |

| | |
|--|--|
| Team Operativo Ospedaliero | |
| Indicazione della costituzione (descrizione composizione) | |
| Attività di coordinamento con i responsabili dei flussi delle UU.OO. (descrizione della metodologia) | |
| Monitoraggio e interventi sui ritardi nella esecuzione di procedure, interventi o dimissioni | |
| Previsione e programmazione delle dimissioni e delle opportunità di ricovero | |
| Gestione del cruscotto ordinario e straordinario e dei ricoveri sui posti letto aggiuntivi previsti nel Piano | |
| Gestione dei trasferimenti interni tra UU.OO. ed esterni per i cambi di setting | |
| Programmazione e monitoraggio del percorso per le condizioni di fragilità e le dimissioni difficili | |
| Identificazione di case manager per la dimissione | |
| Coordinamento e Organizzazione delle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale | |
| Presenza in carico delle dimissioni verso un altro setting assistenziale | |
| Collegamento operativo con le Centrali Operative, le Strutture di ricovero, e i case manager delle Reti | |
| Partecipazione alla valutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e individuazione del setting appropriato | |
| Programmazione delle richieste e della lista delle priorità di trasferimento interno ed esterno | |
| Servizi aziendali di ambulanze per il trasferimento (descrizione dei criteri inseriti negli accordi) | |
| Altri Interventi aziendali | |

| | |
|--|--|
| Programma donazione di organo | |
| Formazione aziendale sul "procurement" | |
| Altri Interventi aziendali | |

| | |
|---|--|
| Sistema di Monitoraggio | |
| Dotazione di sistema di alert su prestazioni diagnostiche II livello, interventi e cambi di setting (descrivere attività in osservazione e alert) | |
| Monitoraggio periodico dei posti letto organizzativamente disponibili e dei posti letto NSIS (descrizione della tempistica e della metodologia) | |
| Altri Interventi aziendali | |

| |
|--|
| Programma di Miglioramento e Formazione |
|--|

⁴¹ Esclusivo ASL



| |
|--|
| Metodologia di diffusione e trasmissione dei report di monitoraggio delle attività assistenziali |
| Incontri mensili di “Audit e Feedback” (metodologia e programma) |
| Formazione Continua Permanente “sul campo” (declinazione del programma annuale) |
| Altri Interventi aziendali |

| |
|--|
| Relazione azioni di Miglioramento e Indicatori |
| interventi di miglioramento attuati nell’anno precedente corredata dei risultati ottenuti |
| razionale delle azioni da predisporre nell’anno successivo con descrizione di obiettivi e indicatori su cui si vuole misurarne l’efficacia |