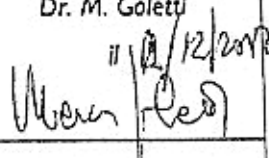
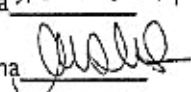
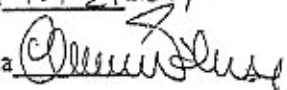

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 2 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017


GESTIONE DEL FLUSSO DEI RICOVERI DAL PRONTO SOCCORSO IN EMERGENZA-URGENZA E CONTENIMENTO DEL FENOMENO DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Rev. n.	Data	Causale modifica	Verifica:	Approvazione:
1	12-12-17	Prima redazione (Rev.0) 11-08-2017 Rev. I : Aggiornamenti Richiesti dalla Regione Lazio	Dr.ssa Patrizia Chierchini Dr. Franco Cerquetani	Dr. M. Goletti il 12/12/2017 
Redatto da:		Verificato da:		Approvato da:
Gruppo di lavoro aziendale: Dr. Claudio Lazzari Dr. Francesco Fadda Dr.ssa Giuliana Villari Dr. Giuseppe Imperoli Dr. Roberto Ricci Dr. Maria Paola Saggese Dr. Massimo Magnanti CPSI Cinzia Riccobono CPSI Ida Mannoni CPSI Massimo Porri CPSI Gabriele Farinelli CPSI Massimo Gallucci		Direttore UOC S.P.R.M. Dr. M. Quintili Data <u>12-12-17</u> Firma 		Area Direzione Ospedaliera Dr. P. Chierchini Data <u>12/12/2017</u> Firma 

 <p>UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management</p>	<p>POS- Area Direzione Ospedaliera</p> <p>Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento</p>	<p>Pagina 2 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017</p>
---	--	---

Sommario

1. PREMESSA	3
2. SCOPO/OBIETTIVO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	4
4.1 RISORSE E DOTAZIONI	4
4.2 VOLUMI DI ATTIVITÀ E RISULTATI ASSISTENZIALI	5
4.3 PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DEI RICOVERI DA PS.....	7
4.4 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI.....	9
4.5 DICHIARAZIONE E GESTIONE DELLA CONDIZIONE DI SOVRAFFOLLAMENTO	9
4.6 PERCORSI PER IL PRONTO SOCCORSO	12
4.7 BED MANAGEMENT	15
4.8 SISTEMA DI VALUTAZIONE ED AUDIT ORGANIZZATIVO	16
5. ALLEGATI/MODULISTICA	17
6. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI.....	17
7. COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO.....	17

 <p>UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management</p>	<p>POS- Area Direzione Ospedaliera</p>	
	<p>Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento</p>	<p>Pagina 3 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017</p>

I. PREMESSA

Il presente piano è un documento di programmazione aziendale/ospedaliero finalizzato alla gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e al contenimento del sovraffollamento come da indicazioni nella nota GR 11 49 del 4 maggio 2017 da parte dell'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio.

Il sovraffollamento è una condizione che si determina quando il numero dei pazienti presenti supera la disponibilità di postazioni e/o la capacità assistenziale del personale limitando la risposta e la qualità del servizio. La causa principale del sovraffollamento è il fenomeno del boarding, vale a dire lo stazionamento prolungato di pz da ricoverare nell'area emergenza per un problema legato ad una o più delle fasi del percorso del flusso dei pazienti in ospedale:

- Fase di entrata del paziente;
- Fase interna del paziente;
- Fase di uscita del paziente.

Nello specifico a livello di Pronto Soccorso le 3 fasi da presidiare sono le seguenti:

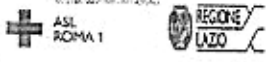
- Fase di Input (accesso dei pz in modo autonomo, in ambulanza 118 o privata, forze dell'ordine ecc.);
- Fase di Throughput (gestione del pz in PS: triage, visita medica, valutazione diagnostica, trattamento e osservazione);
- Fase di Output (esito dell'attività del PS: dimissione, trasferimento, ricovero, trasferimento ad altra struttura).

Dall'analisi della letteratura disponibile emerge che il fenomeno del sovraffollamento determini ritardo nell'intervento sul paziente (somministrazione di antidolorifici, di antibiotici, nelle procedure cardiovascolari ecc.) e, di conseguenza, una drastica diminuzione della soddisfazione dell'utente, con aumento della possibilità di commettere errori da parte del personale sanitario.

2. SCOPO/OBIETTIVO

L'obiettivo del presente piano è quello di rappresentare un documento di sintesi di tutta una serie di azioni, progetti, disposizioni che nel corso degli ultimi anni le Direzioni Sanitarie di Presidio hanno predisposto al fine di ottimizzare il coordinamento e la massima integrazione tra la logistica le diverse aree produttive ospedaliere attraverso il presidio dei percorsi fisici dei pazienti all'interno dell'ospedale dalla modalità di accesso alla struttura all'assegnazione del paziente al setting clinico-assistenziale più appropriato, fino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto.

Scopo del Piano è lo sviluppo di una programmazione "proattiva" dei ricoveri, con una gestione non vincolata al posto letto disponibile ed una tempistica in grado di evitare il sovrapporsi della permanenza dei pazienti in attesa di ricovero all'interno del Pronto Soccorso con i nuovi accessi. In particolare vengono condivisi i criteri per la definizione di stato allerta e di sovraffollamento da monitorare costantemente da parte della Direzione Sanitaria, e le relative azioni da mettere in atto.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 4 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

- Pronto Soccorso dell'Ospedale Santo Spirito
- Pronto Soccorso dell'Ospedale San Filippo Neri
- Reparti di degenza dell'ospedale Santo Spirito
- Reparti di degenza dell'ospedale S. Filippo Neri

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Di seguito vengono riportati i principali interventi ospedalieri, strutturali e straordinari, per la gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso relativamente a:

1. Risorse e dotazioni
2. Volumi di attività e risultati assistenziali
3. Programmazione del fabbisogno di ricoveri da Pronto Soccorso
4. Programmazione degli interventi
5. Dichiarazione e gestione della condizione di sovraffollamento
6. Percorsi per il Pronto Soccorso
7. Bed management
8. Sistema di valutazione ed audit organizzativo

4.1 RISORSE E DOTAZIONI

In questa sezione del Piano vengono riportate le risorse disponibili del Pronto Soccorso e degli Ospedali a gestione diretta dell'ASL Roma 1, relativamente alle attività di accettazione, presa in carico e operatività in emergenza. La gestione dei ricoveri da PS richiede un governo della programmazione dell'Ospedale nel suo insieme, in funzione delle strutture attive e della propria mission assistenziale nella rete ospedaliera. Nelle tabelle 1-2-3 sono riportati i dati aggiornati al mese di luglio 2017 relativamente ai posti letto ordinari attivi e quelli temporaneamente non attivi, precisando le motivazioni e la tempistica della durata di non disponibilità.

Tab.1 Risorse e dotazioni in Pronto Soccorso o attivabili in Ospedale


Pronto Soccorso e funzioni di Emergenza	Dotazione S. Spirito	Dotazione S. Filippo Neri
Postazioni in Sala Emergenza	2	6
Postazioni visita in PS ¹	4	2
Posti complessivi di stazionamento ²	30	50
Barelle disponibili	23	30
Ventilatori disponibili in PS	2	2
TC attive o attivabili ³	1 dedicata	1 dedicata
Sale operatorie attive o attivabili per l'emergenza ³	1 attiva (1 attivabile)	1 attiva (1 attivabile)
Posti letto OBI attivi ⁴	7 (non dedicati)	6

¹ Postazioni visita in PS sono i box o spazi stabili di visita previsti nella struttura, escluse le postazioni in sala di emergenza.

² Posti di stazionamento fissi o mobili, comprensivi delle barelle, poltrone, sedie, disponibili in tutte le aree in cui sono collocati pazienti con cartella GIPSE aperta.

³ Per attivabili si intendono servizi e strutture previste in pronta disponibilità utilizzabili con il personale presente.

⁴ I posti letto OBI devono includere i posti riservati alla funzione definita dalla DGR n. 946/2007 e successive modifiche.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 5 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017

Tab. 2 Posti Letto Ordinari

Posti Letto Ordinari	S. Spirito			S. Filippo Neri		
	Dotazione DCA 421/2015 ⁵		PL inattivi	Dotazione DCA 421/2015 ⁵	PL attivi aggiornata al 30.06.2017	PL inattivi
Posti letto totali (senza riabilitazione)	174	172	2	370	353	17
Area medica (esclusi pl cardiologia)	40	41	0	120	110	10
Cardiologia + UTIC	18 + 6	18+6	0	40 + 8	40 + 8	0
Area chirurgica (esclusi pl week surgery e maxillo, ch vascol, neuroch)	56	53	3	86	79 di cui 11 week surgery	7
Terapia intensiva	10	10	0	20	20	0
Med. Urgenza (codice 51)	12	12 (di cui 2 PL commisti ai 7 OBI)	0	18	18	0


Tab. 3 PL inattivi

Ripartire motivazioni e tempistica della non disponibilità per area	
S. Spirito	Limiti strutturali legati ad una struttura che è vincolata da limitazioni dalla Soprintendenza dei Beni Culturali
S. Filippo Neri	Lavori di ristrutturazione in corso dell'intera struttura ospedaliera (cantieri in tutto l'ospedale)

4.2 VOLUMI DI ATTIVITÀ E RISULTATI ASSISTENZIALI

In questa sezione vengono riportati i volumi ed i "risultati assistenziali" osservati negli anni 2015-2016. L'analisi dei volumi di PS si concentra sui fattori determinanti il sovraffollamento (Tab.4). I risultati assistenziali implicano la valutazione di elementi relativi all'attività di PS e all'attività di ricovero già ricompresi nel monitoraggio mensile a cura della Direzione Sanitaria Aziendale ed inviato a tutti gli stakeholder coinvolti. La fonte dati, ove possibile, è il report "Monitoraggio Mensile Emergenza Territoriale ed Ospedaliera" integrato da analisi su DB GIPSE utilizzando il programma FA-STAT. In coerenza con il report regionale i dati sono stati elaborati al netto dei disturbi ostetrico-ginecologici.

⁵ DCA 421 /2015 modifica e aggiorna il DCA 412 /29014

 <p>UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management</p>	<p>POS- Area Direzione Ospedaliera</p> <p>Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento</p>	<p>Pagina 6 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017</p>
---	--	---

Tab. 4 Volumi Pronto Soccorso

Volumi Pronto Soccorso	S. Spirito		S. Filippo Neri	
	2015	2016	2015	2016
Accessi ⁶ totali (*)	32.700	35.649	28.840	27.549
Accessi medi giornalieri (con range) (*)	90	98	79	76
90° percentile accessi ⁷ giornalieri (*)	108	114	91	89
Accessi totali I18 comprensivi di eliambulanza (*)	8.482	10.553	5.387	5.205
Incidenza Accessi totali I18 + eliambulanza/accessi totali (*)	25,9%	29,3%	18,6%	18,8%
Accessi medi giornalieri I18 + eliambulanza (con range) (*)	23	29	15	14
90° percentile accessi I18 + eliambulanza ⁶ (*)	31	37	20	19
Valore medio di persone presenti in PS (con range) ore 14.00	0	0	45,1	53,0
90° percentile persone presenti contemp. in PS alle h 14	0	0	58,8	68,9
Ricoveri totali da pronto soccorso + trasferimenti da PS (*)	5.392	5.473	8.391	7.539
Di cui trasferimenti da PS (*)	251 (21mese)	312 (26mese)	173 (14mese)	115 (10mese)
Filtro da PS (*) % ricoveri + trasferimenti da PS sugli accessi totali	16,5%	15,4%	29,1%	27,4%
Ricoveri totali dell'ospedale (+)	8.016	8.623	14.791	13.899
Ricoveri medi giornalieri da pronto soccorso + trasferimenti da PS (*)	16	16	23	21
Ricoveri medi giornalieri dell'ospedale (con range)	22	24	41	38
90° percentile dei ricoveri da PS ⁶	21	20	29	27
90° percentile dei ricoveri da pronto soccorso + trasferimenti da PS ⁶	22	21	29	27

(*) Dati monitoraggio regione al netto dei disturbi ostetrico ginecologici

(*) Dati Fastat al netto del box ostetrico ginecologico


(+) Dati SIO

In particolare nella nota della Regione si assegnano i seguenti obiettivi:

- Completamento del percorso clinico dei pazienti entro le 12 ore dall'accesso, con l'obiettivo nel prossimo biennio di ridurre il limite a 8 ore, considerato di riferimento a livello internazionale;
- Percentuale di ricovero in Pronto Soccorso e delle dimissioni a domicilio o con percorso ambulatoriale, utilizzando come riferimento le medie regionali rispetto al livello assunto dalla struttura nella Rete Regionale dell'Emergenza; dimissioni a domicilio dopo permanenza in pronto soccorso superiore alle 48 ore; per il Santo Spirito si richiede un mantenimento del filtro, mentre al San Filippo si richiede una riduzione (vedi tab. n. 4).
- Percentuale di ricovero dei pazienti dal Pronto Soccorso entro il tempo massimo di 24 ore e comunque entro il valore accettabile del 20% dei ricoveri oltre le 24 ore con l'obiettivo nel prossimo biennio di ridurre il limite al 15%;
- Adeguato trasferimento da PS per mancanza di posto letto;
- Gestione e contenimento dei tempi di esecuzione della diagnostica e delle consulenze;
- Verifica puntuale della degenza media in area medica, valore adeguato uguale o inferiore a 10 giorni, e di quella pre-operatoria di elezione, inferiore a 1,7 giorni; oltre a questo deve essere garantita la degenza media di Medicina d'Urgenza inferiore ai 4 giorni.
- Miglioramento degli indici di occupazione, di turn over e di rotazione complessivi ospedalieri e specifici dell'area medica;
- Monitoraggio e garanzia di dimissioni quotidiane dell'ospedale e posti letto giornalieri resi disponibili per il Pronto Soccorso.

⁶ Pz chiusi nel periodo

⁷ Valore simile se calcolo il 90° percentile su pz accettati o chiusi nel periodo, ma il valore giornaliero può variare di molto

 <p>UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management</p>	<p>POS- Area Direzione Ospedaliera</p> <p>Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento</p>	<p>Pagina 7 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017</p>
---	--	--

Tab. 5 Risultati Assistenziali

Risultati assistenziali	S. Spirito		S. Filippo Neri	
	2015	2016	2015	2016
Pronto soccorso				
% Chiusura scheda del PS < 12 h (*)	99,7%	98,3%	76,8%	72,8%
% ricoveri da PS con permanenza > a 24h (§)(*)	0,4%	0,8%	27,3%	32,6%
% ricoveri da PS con codice rosso con perman. > 24h (§)(*)	0,0%	0,3%	23,5%	27,4%
Filtro da PS (*) % ricoveri + trasferimenti da PS sugli accessi totali	16,5%	15,4%	29,1%	27,4%
% di pazienti dimessi a domicilio o a percorso ambulatoriale (*)	dom.67,7% amb.0,04%	dom.68,3% amb.0,3%	dom.45,5% amb.8,6%	dom.45,3% amb.8,9%
% di pz dimessi dal PS al domicilio/amb. perman. > a 24 e 48 (§) (*)	1,3% ⁷ 1,8% ⁸	1,1% ⁷ 1,5% ⁸	4,96% ⁸ 9,12% ⁹	6,02% ⁷ 11,0% ⁸
% di trasferimento da PS per mancanza di posti letto (*)	1,1%	2,3%	1,5%	0,7%
Ospedale				
Tempi medi dalla richiesta al referto di TC addome con mdc	Non rilevabile	1,3 gg (set-dic)	1,3 gg	1,3 gg
Tempi medi per TAC per pz ricoverati	Non rilevabile	1,5 gg (set-dic)	1,6 gg	1,7 gg
Tempi medi per RMN per pz ricoverati	Non rilevabile	2,5 gg (set-dic)	3,5 gg	3,3 gg
Tempi medi per Ecografia per pz ricoverati	Non rilevabile	1,9 gg (set-dic)	1,5 gg	1,2 gg
Tempi medi per RX per pz ricoverati	Non rilevabile	0,6 gg (set-dic)	0,4 gg	0,4 gg
Tempi medi dalla richiesta per esecuzione e referto di EGDS	Rilevazione cartacea mese maggio 2017	1,5 giorni	Rilevazione cartacea mese luglio 2017	3,1 giorni
Degenza media in area medica (codice 26) (+)	9,8	10,3	10,0	9,5
Degenza media pre-operatoria in elezione (*)	1,1	1,1	1,6	1,2
Numero medio quotidiano di dimissioni dell'ospedale (+)	22	24	41	38
Numero medio quotidiano di PL (messi a disposizione) ricoverati da PS	15	15	23	22

(§) escluso OBI

(*) Dati monitoraggio regione al netto dei disturbi ostetrico ginecologici

(*) Dati Fastat al netto del box ostetrico ginecologico

(+) Dati SIO

4.3 PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DEI RICOVERI DA PS

Il fabbisogno di ricoveri da Pronto Soccorso viene stimato sui volumi assistenziali annui, attraverso la definizione di un cruscotto dei ricoveri, che da alcuni anni rappresenta lo strumento operativo per calcolare le disponibilità che ogni reparto di degenza deve assicurare al DEA con un valore medio giornaliero e settimanale.

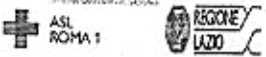
Esso rappresenta uno strumento organizzativo utile a perseguire l'ottimizzazione dell'efficienza operativa dei reparti, la responsabilizzazione dei professionisti e la equa distribuzione dei ricoveri urgenti sia in ambito medico che chirurgico/specialistico.

I parametri utilizzati per il calcolo del cruscotto sono i seguenti:

- Dotazione PL per U.O.
- Degenza media dei ricoveri dell'U.O.
- % dei ricoveri destinati all'urgenza e programmati
- % di ricoveri da trasferimento da altri reparti, soprattutto da area critica

⁸ Sul totale dimessi a domicilio o a strutture ambulatoriali

⁹ Sul totale accessi

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 8 di 17 Rev. n. 01 Data 13-12-2017

Il cruscotto è stato altresì informatizzato e consultabile in tempo reale sul programma aziendale di ADT nell'ottica della trasparenza (tutti i medici e infermieri possono visionare in tempo reale lo stato di utilizzo del cruscotto), e governo del processo migliorando la comunicazione interna tra le Unità Operative dell'ospedale.

Gli obiettivi da raggiungere sono stati declinati tra gli obiettivi di budget.

Tab. 6A - Cruscotto Settimanale Santo Spirito

SANTO SPIRITO	PPL a cruscotto	DM UO	OM ^{% teor}	% Assorbim. Da PS in urg vs prog	GG./sett.	DEBITO SETTIM
area medica SS	25	9	93%	95%	7	17
area medica VB	18	9,5	93%	88%	7	11
GINECOLOGIA	4	7	95%	95%	7	4
Cardiologia	17	4,2	80%	33%	7	7
Chirurgia	17	5,5	80%	50%	7	9
Ortopedia	24	6,5	80%	70%	7	14


Tab. 6B - Cruscotto Settimanale San Filippo Neri (*)

SAN FILIPPO NERI	PPL a cruscotto	DM UO	OM ^{% teor}	% Assorbim. Da PS in urg vs prog	GG./sett.	DEBITO SETTIM
Medicina A	21	9,5	93%	88%	7	13
Medicina B	24	9,5	93%	88%	7	14
Medicina F	9	6,5	100%	95%	7	9
Cardiologia	34	4	90%	35%	7	19
Pneumologia	10	9,5	90%	85%	7	6
Gastroenterologia	16	8,2	90%	75%	7	9
Neurologia	16	9	90%	80%	7	9
Chirurgia Urgenza	7	5,5	90%	85%	7	7
Urologia	11	6,0	90%	50%	7	6
Chirurgia Vascolare	10	5,2	90%	25%	7	3
Oncologia	8	7	90%	30%	7	2
Ortopedia e Traumatologia	19	6,5	90%	45%	7	8
Neurochirurgia	16	5,5	90%	20%	7	4
Otorino	5	3	90%	10%	7	1

(*) con UO a pieno regime di letti attivi

E' stata attivata anche una convenzione con la casa di Cura San Feliciano che prevede ricoveri per acuti da PS/OBI dei due presidi ospedalieri a gestione diretta (S. Spirito e San Filippo Neri). Il debito settimanale è stato concordato a 15 ricoveri ma spesso le disponibilità sono inferiori attorno ai 5 trasferimenti medi a settimana. E' anche in corso l'attivazione di un accordo con Città di Roma.

In ambito dei trasferimenti in lungodegenza l'Azienda ha redatto un protocollo di intesa con la Casa di Cura accreditata Villa Verde nell'ottica di una fattiva collaborazione al fine di ottimizzare l'assistenza offerta ai pazienti che vengono trasferiti tra i due nosocomi per:

 <p>UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management</p>	<p>POS- Area Direzione Ospedaliera</p> <p>Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento</p>	<p>Pagina 9 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017</p>
---	--	---

- Richiesta di trasferimento di pazienti da reparti per acuti in lungodegenza,
- Riacutizzazione di pazienti ricoverati in lungodegenza.

E' programmato lo stesso accordo anche con la Casa di Cura Accreditata Ancelle del Buon Pastore.

4.4 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

La curva giornaliera degli accessi in PS dimostra una crescita drastica degli stessi dopo le ore 10, che si mantiene costante per alcune ore, per cui è indispensabile prevedere lo spostamento quotidiano dei pazienti in attesa di ricovero in Pronto Soccorso entro le ore 12, in una misura non inferiore al 60% dei ricoveri previsti nel piano giornaliero, con il contestuale trasferimento delle responsabilità assistenziali dal Pronto Soccorso ad altra struttura assistenziale secondo quanto previsto dagli "interventi finalizzati al contrasto del sovraffollamento nei PS/DEA" Direzione Salute Regione Lazio protocollo 128571 del 29 novembre 2013. In questo modo si vuole dare piena capacità operativa al Pronto Soccorso sia in condizioni ordinarie, in relazione al progressivo arrivo dei nuovi pazienti, che in caso di eventi straordinari con massiccio afflusso di feriti, con procedure da armonizzare con il PEIMAF. Per anticipare i ricoveri nella prima parte della giornata, riducendo contestualmente gli invii nelle ore notturne in reparto, sono necessari lavori di ristrutturazione che prevedano la presenza di letti tecnici in sovrannumero rispetto alla dotazione prevista dalla stessa normativa, in modo da rendere più funzionale il flusso dei pazienti, in presenza di tassi di occupazione dell'area medica di norma attorno al 100%. Tali interventi sono in corso presso l'ospedale San Filippo Neri, mentre al Santo Spirito i limiti strutturali, di cui alla tabella n.3, rendono impraticabile al momento tale processo, anche se è prevista una ristrutturazione dell'ex area di Breve Osservazione al fine di reinternalizzare i PL internistici attualmente allocati a Villa Betania attivando un modulo di Medicina Fast, come è già avvenuto con ottimi risultati presso il San Filippo Neri. E' stato altresì richiesto un ampliamento da 12 a 19 PL di medicina d'Urgenza al S. Spirito in ragione degli ottimi indici di performance del PS garantiti anche attraverso un tasso di occupazione attuale del 156,8%.

In allegato si riportano le rispettive procedure di Bed Management con la descrizione della metodologia, degli interventi e degli strumenti utilizzati in ambito di gestione dei ricoveri da Pronto Soccorso (allegato n.1 e n.2)


Ad integrazione del documento del S. Spirito viene riportato in allegato l'accordo interno del percorso di invio/ammissione/trasferimento del paziente in Medicina Interna S. Spirito (allegato n. 3).

4.5 DICHIARAZIONE E GESTIONE DELLA CONDIZIONE DI SOVRAFFOLLAMENTO

La definizione della collocazione del paziente in PS è una condizione utile a rendere uniforme il vocabolario utilizzato dagli operatori, a omogenizzare la lettura dei dati GIPSE del monitoraggio on-line regionale e a consentire un corretto benchmarking tra strutture.

La lettura del "monitoraggio on-line" dei dati GIPSE deve essere univoca per tutti gli ospedali utilizzando le seguenti definizioni sulla presenza del paziente in PS.

- In attesa: triage eseguito e non ancora preso in carico dal medico;
- In visita: preso in carico dal medico con in corso attività diagnostica e di
- Rivalutazione per cui non è ancora definita la decisione sull'esito;
- In destinazione: in carico al medico con decisione di ricovero, in attesa della disponibilità del posto letto o del trasferimento;

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	 Pagina 10 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017
---	---	---

- In osservazione breve intensiva: se collocato su letto di OBI secondo le indicazioni definite nella DGR n. 946/2007.

Il fenomeno "blocco ambulanze" richiede uno strumento di calcolo per il monitoraggio in tempo reale dell'effettiva disponibilità di posti di stazionamento/accoglienza che consenta una migliore gestione del paziente in PS, al fine di evitare quanto più possibile il ricorso all'utilizzo della lettiga del mezzo 118.

Il valore di riferimento utilizzato è il 90° percentile dei pazienti presenti in PS alle ore 14 per cui è necessario poter disporre di:

- Posti complessivi di stazionamento, fissi e mobili, non inferiori al valore indicato dal 90° percentile dei pazienti presenti alle ore 14 (indicatore P1);
- Numero di barelle disponibili pari al 75% dello stesso valore indicato (tabella 1).

Queste dotazioni devono essere assicurate complessivamente dal pronto soccorso e dall'ospedale, al fine di garantire un efficace contenimento del fenomeno del blocco della ambulanze al triage, il governo dei flussi ordinari dei pazienti, la gestione dei picchi di accessi e di stazionamento delle persone in attesa di ricovero, la possibilità di allocare i malati in barella in ambienti assistenziali diversi dal pronto soccorso, eventuali massicci afflussi di feriti in accordo con il PEIMAF. Allo stato attuale il monitoraggio del blocco ambulanze presenta delle criticità in quanto è in carico ad ARES 118.

Da un monitoraggio interno all'ASL Roma 1 si evidenzia che molte delle segnalazioni di blocco da parte degli ambulanziere non hanno corrispondenza con i dati rilevati su GIPSE e sui documenti cartacei, soprattutto presso il PS di S. Spirito. E' prevista su GIPSE un'apposita funzione di blocco/sblocco ambulanze che dovrebbe essere adottata a livello regionale al fine di definire una casistica unica ed attendibile in tutti i Pronto Soccorso della Regione Lazio.

La condizione di sovraffollamento va formalmente dichiarata "dal responsabile del PS/DEA alla Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero, che diviene responsabile delle procedure relative fino alla sua completa risoluzione" secondo quanto previsto dagli "interventi finalizzati al contrasto del sovraffollamento nei PS/DEA" Direzione Salute Regione Lazio protocollo 128571 del 29 novembre 2013.

Il Piano prevede il livello di allerta per il sovraffollamento del PS che, qualora sia raggiunto, determina l'attivazione non procrastinabile degli interventi indicati nel presente documento.

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


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

La C.O. 118 adotterà, quindi, le più opportune iniziative, compatibilmente alla situazione complessiva della rete dell'emergenza, e comunque tali iniziative non potranno riguardare le procedure di centralizzazione per le reti delle patologie Tempo-Dipendenti.

A livello internazionale non è stato raggiunto un consenso sugli indicatori di riferimento per quantificare il sovraffollamento del PS, sebbene diversi soddisfino i criteri di universalità, riproducibilità e accuratezza richiesti.

Alla luce dei dati della letteratura e del lavoro svolto nell'ultimo triennio dal gruppo tecnico per l'emergenza, per la rilevazione del "sovraffollamento del PS" è stato sviluppato un monitoraggio centrato sulla realtà assistenziale regionale volto a valutare la condizione delle seguenti tre fasi:

- iperafflusso (input),

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 11 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017

- elevata presenza contemporanea di pazienti (throughput)
- e boarding (output).

Tale analisi ha consentito di individuare 6 indicatori, due per ogni fase clinico-gestionale, cui riferirsi per identificare e dichiarare lo stato di sovraffollamento riportati in tabella n. 7.

Tab. n. 7 - Indicatori per identificare e dichiarare lo stato di sovraffollamento

Fase	Indicatori	Soglia S. Spirito	Soglia S. F. Neri
Afflusso			
A1)	Numero degli accessi nelle ultime 24 h maggiore al 90° percentile del valore medio trimestrale osservato nella struttura nell'anno precedente	Vedi tab. 8a	Vedi tab. 8b
A2)	Numero degli accessi I18 + elisoccorso nelle ultime 24 h maggiore al 90° percentile del valore medio trimestrale osservato nella struttura nell'anno precedente	Vedi tab. 8b	Vedi tab. 8b
Presenza			
PI SFN)	Numero dei presenti contemporaneamente in pronto soccorso superiore al 90° percentile del valore medio trimestrale osservato nella struttura nell'anno precedente (presenti alle ore 14.00) per San Filippo Neri	Vedi tab. 4 "0"	Vedi tab. 4 "59-69"
PISS)	Numero dei presenti contemporaneamente in OBI + Medicina d'Urgenza superiore al 90° percentile del valore medio trimestrale osservato nella struttura nell'anno precedente (presenti alle ore 14.00) per Santo Spirito	> 19 + 4	
P2)	Numero di pazienti presenti in Pronto soccorso superiore ai posti di stazionamento, indicati nell'allegata sezione risorse e dotazioni (tabella 1);		
Esito			
E1)	Percentuale di pazienti in attesa di ricovero-trasferimento da più di 24 h sul totale dei presenti in PS superiore al 20%;	dato rilevato da regione recente, non su fastat	dato rilevato da regione recente, non su fastat
E2)	Numero di pazienti in attesa di ricovero superiore al numero di ricoveri giornalieri previsti nel piano.	Vedi cruscotto	Vedi cruscotto


La fonte dati è sempre il report "Monitoraggio Mensile Emergenza Territoriale ed Ospedaliera" integrato da analisi su DB GIPSE utilizzando il programma FA-STAT. In coerenza con il report regionale i dati sono stati elaborati al netto dei "disturbi ostetrico-ginecologici". Il monitoraggio in tempo reale web based prevede dati estratti da flusso SIES comprensivi dei "disturbi ostetrico ginecologici" e quindi i valori di riferimento in tabella 8 a e 8b possono essere stimati per difetto.

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

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

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

La Direzione Sanitaria convoca una riunione in urgenza "Unità di Crisi" con tutti i professionisti coinvolti al fine di analizzare la situazione, valutare le cause che hanno portato alla attivazione dei

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 12 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017

campanelli di allarme e definire le azioni di intervento. Le riunioni dell' "Unità di Crisi" devono essere convocate giornalmente fino alla risoluzione del sovraffollamento. E' altresì importante convocare riunioni periodiche soprattutto in previsione di picchi di accessi attesi o di lunghi ponti festivi.

La condizione di sovraffollamento termina al rientro di almeno uno degli indicatori alterati, su attestazione del Responsabile della Direzione Sanitaria. Se tra gli indicatori con valori oltre soglia sono compresi due della stessa fase, lo stato di sovraffollamento non potrà comunque dichiararsi cessato finché almeno uno dei due non torni entro i limiti. Il Piano per il sovraffollamento prevede l'indicazione dei responsabili dei processi e la progressiva attivazione degli interventi necessari alla sua risoluzione.

Si fa presente che le strutture sede di PS/DEA devono provvedere autonomamente al calcolo degli indicatori P2 ed E2 necessari per la valutazione dello stato di sovraffollamento.

Tab. 8a

accessi totali (nuove accettazioni)	S. Spirito		S. Filippo Neri	
	media	90°perc	media	90°perc
I trimestre 2016	95	107	78	94
II trimestre 2016	104	114	80	92
III trimestre 2016	94	113	71	86
IV trimestre 2016	100	115	73	85
Anno 2016	98	114	76	89

Tab. 8b


accessi 118 + eliambulanza (nuove accettazioni)	S. Spirito		S. Filippo Neri	
	media	90°perc	media	90°perc
I trimestre 2016	27	34	15	19
II trimestre 2016	30	38	15	21
III trimestre 2016	27	34	12	17
IV trimestre 2016	31	39	15	19
Anno 2016	29	37	14	19

Tab. 9 - Responsabile e Interventi finalizzati alla gestione del sovraffollamento

Responsabile dell'attivazione della condizione di sovraffollamento	Direttore PS
Responsabile della gestione della condizione di sovraffollamento	Medico di guardia DSPO
Eventuali altri livelli di sovraffollamento	Vedi procedura PEIMAF
Sequenza progressiva e descrizione degli interventi >> Vedi procedure di Bed Management	

4.6 PERCORSI PER IL PRONTO SOCCORSO

Il Decreto sugli Standard Ospedalieri - Decreto Ministeriale n.70/2015 - prevede che i percorsi clinici validati siano uno strumento obbligatorio di gestione e di qualità organizzativa ed

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 13 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017

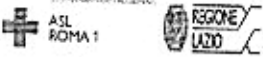
assistenziale, in grado di permettere l'integrazione di servizi e professionalità diverse, mettendo al centro la persona. In tab. 11A. Sono riportati i percorsi per l'ospedale S. Spirito mentre in tab. 11B sono riportati i percorsi per il San Filippo Neri

Tab. 11 A – Percorsi Clinici S. Spirito

Percorso	S. Spirito
Percorsi clinici in PS per le patologie tempodipendenti e i principali problemi clinici e organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura per attuazione raccomandazione N° 15 del Ministero della Salute • Trauma Grave • Progetto "Telemed" • STEMI • Ictus con indicazione alla trombolisi • Dolore Toracico • SCA • Linee di indirizzo per accesso/ricovero nella UOC P.S. e Medicina d'Urgenza • Procedura corretta identificazione del paziente • Istruzione operativa paziente potenzialmente infetto in Pronto soccorso
Modalità operative di effettuazione e tempistica delle consulenze specialistiche in PS ¹⁰ con definizione degli obiettivi clinici (urgenza – competenza clinica e di ricovero – presa in carico)	<ul style="list-style-type: none"> • Percorso consulenze per UOC del DEA con modulo consulenze unico dedicato con quesito clinico, competenza, definizione presa in carico.
Percorsi di continuità tra PS e reparti di degenza su attività clinica e competenze di ricovero	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma Grave • Dolore Toracico • SCA • Versamento Pericardico • Tamponamento pericardico • Scompenso cardiaco acuto • Arresto Cardio respiratorio • Bradicardie • Embolia Polmonare • Fibrillazione atriale • STEMI • NSTEMI
Invio diretto da PS ad ambulatori dell'Ospedale o aziendali (prevedere la possibilità di una rivalutazione clinica e/o di eseguire esami di I livello nell'arco delle 24/72 h successive).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avviati dal 1 giugno 2017 percorsi di dimissione ambulatoriale da PS/OBI con agende ambulatoriali dedicate area cardiologica 2. In Fase di organizzazione percorsi di dimissione da PS/OBI ai PAC espletati dalla Medicina per diagnosi, e DH per Terapia. 3. Agende dedicate per visite e/o medicazione chirurgiche pazienti di PS 4. Agende dedicate per visite ortopediche dopo accesso ortopedico di PS

Nel corso del 2018 ogni percorso verrà aggiornato e condiviso da parte delle equipe dei medici ed infermieri dei 2 DEA dell'ASL Roma 1 al fine di definire criteri di approccio e gestione condivisi e creare un sistema di monitoraggio delle attività svolte in termini di appropriatezza e di processo da discutere in riunioni periodiche tra le equipe e la Direzione Sanitaria.


¹⁰ comprensivi delle modalità operative, delle tempistiche delle consulenze specialistiche e dei percorsi di continuità assistenziale per specifiche condizioni patologiche

 <p>UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management</p>	<p>POS- Area Direzione Ospedaliera</p>	
	<p>Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento</p>	<p>Pagina 14 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017</p>

Tab. 11 B Percorsi Clinici S. Filippo Neri

Percorsi Preferenziali per PS

UOC	AMBULATORIO/REPARTO	PERCORSO
ORTOPEDIA	AMBULATORIO ORTOPEDICO	ACCESSO DIRETTO ALL'AMBULATORIO LUN-VEN PER PRIMA VISITA E/O CONTROLLO CON VERBALE DI PS
CHIRURGIA D'URGENZA	AMBULATORIO DI CHIRURGIA D'URGENZA	ACCESSO DIRETTO ALL'AMBULATORIO LUN-SAB MATTINA O POMERIGGIO PER PRIMA VISITA E/O CONTROLLO CON VERBALE DI PS
CHIRURGIA VASCOLARE	AMBULATORIO ECOCOLOR DOPPLER	ACCESSO AGLI ESAMI STRUMENTALI CON APPUNTAMENTO TELEFONICO ENTRO IL TEMPO INDICATO NEL VERBALE DI PS
ORL	AMBULATORIO ORL	ACCESSO DIRETTO ALL'AMBULATORIO LUN-VEN PER PRIMA VISITA E/O CONTROLLO CON VERBALE DI PS
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	AMBULATORIO DI CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	ACCESSO DIRETTO ALL'AMBULATORIO LUN-VEN PER PRIMA VISITA E/O CONTROLLO CON VERBALE DI PS
MEDICINA INTERNA	AMBULATORIO DIABETOLOGIA	POSTI RISERVATI MENSILI CON PRENOTAZIONE DIRETTAMENTE IN PS SU ELENCO PREDISPOSTO
MEDICINA INTERNA	AMBULATORIO IPERTENSIONE	POSTI RISERVATI MENSILI CON PRENOTAZIONE DIRETTAMENTE IN PS SU ELENCO PREDISPOSTO
PNEUMOLOGIA	AMBULATORIO PNEUMOLOGICO	POSTI RISERVATI TUTTI I GIORNI CON APPUNTAMENTO TELEFONICO ED AGENDA ELETTRONICA RISERVATA
GASTROENTEROLOGIA	AMBULATORIO GASTROENTEROLOGICO	ACCESSO CON APPUNTAMENTO TELEFONICO AD AMBULATORIO DEDICATO AI PAZIENTI PROVENIENTI DA PSMU
GASTROENTEROLOGIA	AMBULATORIO ENDOSCOPIA	ESAMI ENTRO 7 GG PREVIO APPUNTAMENTO TELEFONICO AL NUMERO DEGLI AMBULATORI CON RICHIESTA SU VERBALE DI PS
NEUROLOGIA	DH NEUROLOGICO	ACCESSO DIRETTO PER PAC DISTURBI DELL'EQUILIBRIO/CEFALEA/NEUROPATIA PERIFERICA PREVIA INDICAZIONE SU VERBALE DI PS DEL CONSULENTE NEUROLOGO
NEUROLOGIA	SERVIZIO NEUROFISIOPATOLOGIA	ACCESSO AGLI ESAMI STRUMENTALI ENTRO I TERMINI INDICATI NELLA RICHIESTA DEL PS/ MUPS
NEUROCHIRURGIA	AMBULATORIO NEUROCHIRURGICO	ACCESSO DIRETTO IL MERCOLEDI CON RICHIESTA DEL PS
NEUROCHIRURGIA	REPARTO DEGENZA	ATTIVAZIONE DI PL AGGIUNTIVO PER ESIGENZA DEA
RADIOLOGIA	RADIOLOGIA CENTRALE	1 POSTO PER RX TORACE RISERVATO LUN-VEN CON APPUNTAMENTO DIRETTAMENTE DA PS, RICHIESTA SU CARTELLA DI PS
RADIOLOGIA	LABORATORIO DI ECOGRAFIA	1 POSTO PER ESAME ECOGRAFICO AL GIORNO RISERVATO LUN-VEN CON APPUNTAMENTO DIRETTAMENTE DA PS, RICHIESTA SU CARTELLA DI PS
ONCOLOGIA	REPARTO DEGENZA	PROTOCOLLO AZIENDALE PER IL RICOVERO DI PAZIENTI NEUTROPENICI
MEDICINA TRASFUSIONALE	DH MEDICINA TRASFUSIONALE	PRESA IN CARICO PREVIO APPUNTAMENTO TELEFONICO ED INDICAZIONE SU VERBALE DI PRONTO SOCCORSO DI PAZIENTI ANEMICI
CHIRURGIA TORACICA	AMBULATORIO CHIRURGIA TORACICA	ACCESSO PREVIA PRENOTAZIONE TELEFONICA PER FOLLOW-UP TRAUMI TORACICI E VERSAMENTO PLEURICO
UROLOGIA	AMBULATORIO UROLOGICO	ACCESSO DIRETTO AD AMBULATORIO PER PRIMA VISITA E/O CONTROLLO CON VERBALE DI PS
CARDIOLOGIA	AMBULATORIO SERVIZI CARDIOLOGIA	ACCESSO PREVIO APPUNTAMENTO TELEFONICO CON INDICAZIONE DEL CONSULENTE CARDIOLOGO SU VERBALE DI PS
CARDIOLOGIA	AMBULATORIO ARITMOLOGIA	ACCESSO PREVIO APPUNTAMENTO TELEFONICO PER ECG DI SCREENING E NUOVO APPUNTAMENTO PER VISITA SUCCESSIVA SU INDICAZIONE DEL CONSULENTE CARDIOLOGO SU VERBALE DI PS O CON INDICAZIONE DEL MEDICO DI PS PER PAZIENTI GIA' IN PRECEDENZA SEGUITI
MEDICINA INTERNA	AMBULATORIO REUMATOLOGIA	POSTI RISERVATI MENSILI CON PRENOTAZIONE DIRETTAMENTE IN PS SU ELENCO PREDISPOSTO
MEDICINA INTERNA	AMBULATORIO EMATOLOGIA	POSTI RISERVATI MENSILI CON PRENOTAZIONE DIRETTAMENTE IN PS SU ELENCO PREDISPOSTO PER ANEMIA E SINDROMI MILO-LINFO-PROLIFERATIVE
NEUROCHIRURGIA	AMBULATORIO PER LA PATOLOGIA DISCALE	IN FASE DI ATTIVAZIONE

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 15 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017

4.7 BED MANAGEMENT


La piena attuazione delle normative relative al bed management determina l'assunzione da parte del servizio di un ruolo essenziale nella programmazione e gestione di ricoveri, trasferimenti e dimissioni. Il Bed Management è una funzione propria della Direzione Sanitaria, in grado di sviluppare una cultura di integrazione fra le diverse attività ospedaliere. Sul tema specifico del sovraffollamento, il Bed Manager è la figura professionale che gestisce l'equilibrio tra i rischi dovuti alla permanenza dei pazienti in PS e la capacità dei reparti di accogliere i pazienti. La funzione del Bed Manager ha come obiettivi la facilitazione dei percorsi durante il ricovero, pertanto nel piano si implementa il suo ruolo rispetto a quanto previsto nella DGR 821 del 3 novembre 2009 al fine di:

- Gestire la disponibilità dei posti letto liberi, attraverso un sistema di monitoraggio online in intranet puntualmente aggiornato, accessibile a tutti gli operatori, e una metodologia di previsione dei tempi di ricovero coinvolgendo tutte le Unità Operative;
- Attivare la verifica dei tempi di degenza, con particolare riguardo ai "frequent users" e ai pazienti anziani fragili o socialmente "difficili", nonché ai ricoveri con degenza superiore ai 10 giorni;
- Sviluppare un sistema di presa in carico precoce delle "dimissioni difficili" sin dall'ammissione in ospedale;
- Verificare, per i pazienti ricoverati, i tempi di esecuzione delle attività diagnostiche e di consulenza, dal momento della richiesta a quello della risposta in cartella, al fine di eliminare ritardi e incongruenze non compatibili con una efficiente gestione del ricovero nell'interesse primario del paziente e della struttura;
- Organizzare il flusso dei ricoveri dal pronto soccorso secondo il presente piano;
- Centralizzare a livello aziendale/ospedaliero la fase delle dimissioni verso altri setting assistenziali;
- Organizzare una adeguata degenza per pazienti in PS con prognosi infausta e che non necessitano di assistenza intensiva.

Tab. n. 12 - Organizzazione ed attività di bed management

Percorso	S. Spirito	S. F. Neri
Responsabile	Medico DSPO	Medico DSPO
Numero di persone dedicate e professionalità operative nelle 24 h	4	4
Sistema di verifica dei posti letto in tempo reale ¹¹	SI	SI
Azioni di facilitazione, governo e verifica del flusso dei ricoveri	Progetto Patient Flow Logistic Aziendale	
Azioni nella programmazione e gestione delle dimissioni	Presenza del cruscotto Azione della Centrale Operativa Ospedale Territorio	
Metodologia di integrazione e comunicazione giornaliera con UO e servizi	Informativa e telefonica	

¹¹ disponibilità di sistemi di rilevazione e loro metodologia

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 16 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017

Ad integrazione dell'attività di Bed Management l'ASL Roma I dal 2015 (con ex ASL Roma E) ha attivato un progetto di MasterPlan in tema di Patient Flow Logistic con l'obiettivo di ottimizzare la macchina produttiva su cui "girano" i percorsi di cura, occupandosi dei percorsi fisici dei pazienti all'interno dell'ospedale dalla modalità di accesso alla struttura all'assegnazione del paziente al setting clinico-assistenziale più appropriato, fino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto, analizzando il contesto locale e prevedendo, di conseguenza, una serie di azioni di miglioramento nell'ambito del coordinamento e della massima integrazione tra la logistica le diverse aree produttive ospedaliere attraverso il presidio delle 3 principali fasi:

- fase di entrata del paziente
- fase interna del paziente
- fase di uscita del paziente.

Tra i principali interventi introdotti grazie a tale Progetto vi sono state:

- istituzione Medicina Fast presso l'Ospedale San Filippo Neri
- implementazione del processo di informatizzazione dei percorsi
- introduzione dello strumento cruscotto
- implementazione accountability a vari livelli con costante monitoraggio dei fenomeni
- coordinamento audit clini
- definizione procedure/percorsi di cura
- integrazione ospedale territorio

Rispetto all'ultimo punto sono state costituite 2 centrali operative satelliti Centrale Operativa Ospedale Territorio (COOT) ospedaliere al S. Spirito e S. Filippo Neri in attesa di ufficializzare e rendere operativo il progetto redatto nel 2015 in collaborazione con i Distretti della ASL Roma E per la risoluzione delle dimissioni difficili (dimissioni sociali, dimissioni verso strutture di post-acuzie, etc.). La COOT sarà un importante progetto di MasterPlan per il triennio 2018-20 e rappresenta un modello organizzativo unificato in area metropolitana per una gestione più efficiente ed efficace della fase di dimissione/trasferimento del paziente tra ospedali ed altro setting assistenziale territoriale (domicilio, residenza, etc...) e viceversa, in particolare per i pazienti cronici/complessi al fine di garantire


- continuità ed omogeneità del percorso di presa in carico del paziente
- appropriatezza del setting clinico-assistenziale identificato rispetto ai bisogni del paziente.

La COOT svolge una funzione di cerniera/ponte tra la realtà ospedaliera e quella territoriale rendendo possibile la ricerca della migliore coerenza fra domanda ed offerta ed è costituita da personale infermieristico e assistenti sociali in forte integrazione con l'attività di Bed management.

4.8 SISTEMA DI VALUTAZIONE ED AUDIT ORGANIZZATIVO

L'adozione dello strumento dell'audit atto a garantire il processo di miglioramento della qualità al fine di migliorare la assistenza al paziente è attività consolidata all'interno dell'ASL Roma I. Sono state condotte due edizioni di audit sulle "Modalità di assegnazione del codice di triage nel Pronto Soccorso degli ospedali S. Filippo Neri e Santo Spirito" oltre alla valutazione dell'incremento dei tempi di attesa dei codici gialli al S. Spirito e adesione ad audit su indicazione della Regione Lazio.

Il sistema di monitoraggio ha permesso a tutto il personale della struttura ospedaliera la conoscenza dei flussi del PS e del ricovero ospedaliero ai fini di un progressivo miglioramento della

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	
	Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento	Pagina 17 di 17 Rev. n. 01 Data 12-12-2017

appropriatezza dei percorsi e della qualità assistenziale. Una sintesi annuale dei report degli audit dovrà essere inviata alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali- Area programmazione rete ospedaliera e risk management

Tab. n. 12 - Attività di valutazione

Organizzazione	
Responsabilità attuativa audit	Direzione Sanitaria Aziendale
Metodologia del monitoraggio (indicatori adottati) e periodicità	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione GLAM • Analisi dei dati esistenti • Definizione di ulteriori indicatori da raccogliere • Raccolta dati • Analisi dei dati raccolti • Durata audit 6-9 mesi
Metodologia audit e metodo di diffusione	<ul style="list-style-type: none"> • Invio audit report a tutti gli stakeholder coinvolti • Condivisione dei dati e discussione per definire azioni di miglioramento • Re-audit

5. ALLEGATI/MODULISTICA

- Procedura Bed Management Santo Spirito (allegato n. 1)
- Procedura bed management San Filippo Neri (allegato n.2)
- Percorso di invio/ammissione/trasferimento del paziente in Medicina Interna S. Spirito (allegato n.3)

6. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI

- Nota GR 11 49 del 4 maggio 2017 da parte dell'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio.
- PO 2016-2018 (DCA U00052/2017)

7. COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO

- Dr. Claudio Lazzari - medico di Direzione Sanitaria Aziendale
- Dr. Franco Cerquetani - Direttore ff Direzione Sanitaria Presidio S. Filippo Neri
- Dr. Francesco Fadda - medico di Direzione Sanitaria Presidio S. Spirito
- Dr.ssa Giuliana Villari - medico di Direzione Sanitaria Presidio S. Spirito
- Dr. Giuseppe Imperoli - Direttore DEA S. Filippo Neri
- Dr. Roberto Ricci - Direttore DEA S. Spirito
- Dr. Maria Paola Saggese - Direttore PS e Medicina d'Urgenza S. Spirito
- Dr. Massimo Magnanti - Direttore PS e Medicina d'Urgenza S. Filippo Neri
- CPSI Cinzia Riccobono Coordinatore PS S. Spirito
- CPSI Massimo Porri posizione organizzativa UOC Assistenza Infermieristica
- CPSI Gabriele Farinelli posizione organizzativa UOC Assistenza Infermieristica
- CPSI Massimo Gallucci Coordinatore PS S. Filippo Neri
- CPSI Ida Mannoni infermiera PS S. Spirito