SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577
Tel. 0746-2781- PEC:asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

REGIONE LAZIO

Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D'Innocenzo
Decreto Presidente Regione Lazio n. T00215 del 21.11.2017
Deliberazione n. 1/D.G. del 06/12/2017

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 941 del 10 DIC. 2018

DIRETTORE SANITARIO

Oggetto: Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento: Aggiornamento del "Piano Aziendale di contrasto al sovraffollamento".

L'estensore Dr.ssa Chiara Borgato

Il Direttore Sanitario sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii..

Data 10.12.2018 Firma _____
Il Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Rea

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.
Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Autorizzazione: _____

Data _____ Dott.ssa Barbara Proietti Firma _____

Parere del Direttore Amministrativo Dott.ssa Anna Petti

favorevole [X] non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) [ ]

Data 10.12.2018 Firma _____

Parere del Direttore Sanitario Dott. Vincenzo Rea

favorevole [X] non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) [ ]

Data 10.12.2018 Firma _____

IL DIRETTORE SANITARIO

VISTI:

- la DGR 3 novembre 2009, n. 821, recante "Interventi per il miglioramento dell'efficacia ed efficienza nelle attività di pronto soccorso dei presidi ospedalieri della Regione Lazio. Individuazione delle funzioni del facilitatore dei processi di ricovero e cura;

- la nota della Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria prot. 128571 del 29.11.2013 con la quale si invitano le Direzioni Aziendali a rendere operativi o rafforzare precisi interventi organizzativi e gestionali finalizzati a risolvere l'impropria condizione di attesa dei pazienti che, avendo completato la fase assistenziale all'interno del PS, rimangono all'interno dell'area dell'emergenza in attesa di ricovero/posto letto nell'ospedale;

- la nota della Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria prot. n. 303975 del 27.5.2014 ad oggetto "interventi finalizzati al contrasto del sovraffollamento dei PS/DEA";

- il DCA n. U00247 del 25.7.14 di Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio, Intervento n. 2, Azione 1 "Riorganizzazione della rete ospedaliera" in cui si richiamano "l'avvio e consolidamento di percorsi ospedalieri separati tra l'urgenza e l'elezione" nonché "specifiche azioni volte a ridurre il contrasto del sovraffollamento dei pronto soccorso (...)";

- la nota della Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria prot. n. 515241 del 17.11.2015 con la quale le Aziende sono state invitate ad effettuare Audit presso i servizi di Pronto Soccorso a diretta gestione al fine di identificare le criticità esistenti;

- il Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 recante la definizione degli tandard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

- il DCA n. U00052 del 22.02.2017 di adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale" che tra le *azioni* di Riorganizzazione e potenziamento delle reti assistenziali – Rete emergenza prevede il "*Contrasto del sovraffollamento nei PS/DEA. Adozione di un Piano per il sovraffollamento da parte dei 16 Ospedali con maggiori criticità evidenziate dal sistema regionale di monitoraggio mensile*";

- il DCA n. U00257 del 05.07.2017 di attuazione del Programma Operativo di cui al DCA U00052/2017 con il quale è stato adottato il Documento Tecnico denominato "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015";

- il DCA n. U00291 del 18.07.2017 di integrazione del DCA n. U00257/2017;

- la nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, prot. 223853 del 4.5.17 con la quale sono state trasmesse le Linee di indirizzo per la redazione del Piano Aziendale "Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento";

- la nota della Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, prot. 352814 del 11.7.2017 concernente l'elaborazione del Piano Aziendale di che trattasi;

RILEVATO che con nota prot. n. 47411 del 15.9.2017, allegato n. 1, veniva trasmesso alla Regione Lazio il Piano Aziendale di "Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento";

CONSIDERATO che con nota prot. 64493 del 22.12.2017, allegato n. 2, facendo seguito alla nota della Regione Lazio prot. n. 617298 del 4.12.2017, è stato trasmesso il "Piano Operativo Sovraffollamento";

VISTA la nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria prot. n. 705707 del 9.11.2018 con la quale è stato richiesto alle Aziende di aggiornare ed inviare il "Piano di contrasto al sovraffollamento" tenendo conto del grado di efficienza del P.S. e dei reparti di degenza attraverso l'analisi di specifici indicatori;

RITENUTO, per quanto sopra, procedere all'aggiornamento del "Piano di contrasto al sovraffollamento";

ATTESTANDONE la legittimità ed utilità per il servizio pubblico;

VISTO il D.Lgs 502/92 e s.m.i.;

DATO atto che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

PROPONE

per le motivazioni espresse in premessa di

1. DI PRENDERE ATTO che con note prot. n. n. 47411 del 15.9.2017 (all.1) e prot. 64493 del 22.12.2017 (all.2) sono stati rispettivamente trasmessi alla Regione Lazio il Piano Aziendale di "Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento" ed il "Piano Operativo Sovraffollamento";

2. DI ADOTTARE l'aggiornamento al "Piano Aziendale di contrasto al sovraffollamento", di cui al documento all. n. 3 al presente provvedimento;

3. DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto [ ] per esteso [X]

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto che:

- il Direttore Sanitario sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;

- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;

- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 10 DIC. 2018

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 10 DIC. 2018

La presente Deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto ☐ per esteso ☒

in data 10 DIC. 2018

Rieti lì 10 DIC. 2018

IL FUNZIONARIO

All. 1

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 –02100 RIETI – Tel. 07462781 – PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

DIREZIONE SANITARIA
Tel. 0746-279647 – FAX 0746-278798 – email: direzione.sanitaria@asl.rieti.it

Prot. n. 47411

Rieti, 15 SET. 2017

REGIONE LAZIO
Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Programmazione Rete Ospedaliera e
Risk Mangement
Mail: areareteospedaliera@regione.lazio.it

OGGETTO: Piano Aziendale "Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento".

In riferimento a nota vs prot. n. 223853/2017, si trasmette il Piano Aziendale in oggetto, cui sono allegati i seguenti documenti:

- Gestione del posto letto (all.n.1);
- Scheda operativa n. 1 - Gestione del posto letto (all.n.2);
- Scheda operativa n. 2 – Gestione del posto letto (all.n.3);

Distinti saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Paolo Anibaldi

Cb/DSA

INDICE

1. PRINCIPI 2
2. RISORSE E DOTAZIONI 2
3. VOLUME ATTIVITÀ E RISULTATI ASSISTENZIALI 3
4. PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO 5
5. GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO 5
6. PERCORSI PER IL PRONTO SOCCORSO 6
7. BED MANAGEMENT 7
8. SISTEMA DI VALUTAZIONE E AUDIT ORGANIZZATIVO 7

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO COORDINATORE DEL G.D.L	VERIFICA DI QUALITÀ DIRETTORE RMQ	APPROVATO
Rev.0	03/05/2017	GdL	_____	Dott.ssa M. Serva	Dott. P. Anibaldi

Gruppo di Lavoro (GdL):
Dr.ssa A. Ferretti Direzione Sanitaria ASL Rieti
Dr.ssa C. Formichetti Bed Manager
Dr F. Mancini UOC MCAU
Dr G. Di Gianfilippo UOC ACESIS
Coordinatore:
Dr.ssa A. S. Morgante UOC DMO

1. PRINCIPI

Il piano è uno strumento di programmazione aziendale finalizzato alla gestione dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza/urgenza in tutti i casi di sovraffollamento dello stesso e definiti dagli indicatori inseriti nel Programma Operativo Regionale 2016/18.

È uno strumento dinamico in cui devono essere descritti i principi organizzativi e le modalità gestionali, per questo è soggetto a revisione aziendale periodica, almeno annuale, in funzione di capacità recettiva, indicatori di processo e di risultato del Pronto Soccorso e dell'Ospedale, a monitoraggio continuo degli indicatori ed a audit almeno trimestrali, finalizzati al miglioramento della qualità organizzativa e prestazionale anche in condizioni di emergenza .

Il piano si articola nei seguenti punti:

1. Risorse e dotazioni
2. Volume di attività e risultati assistenziali
3. Programmazione del Fabbisogno
4. Gestione del Sovraffollamento
5. Percorsi per il Pronto Soccorso
6. Bed management
7. Sistema di valutazione e Audit organizzativo

2. RISORSE E DOTAZIONI

In questa sezione il Piano prevede la rilevazione delle risorse disponibili presso il Pronto Soccorso e in Ospedale, relativamente alle attività di accettazione, presa in carico e operatività in emergenza. In particolare la gestione dei ricoveri da Pronto Soccorso richiede il governo degli aumentati flussi di ricovero, della gestione dei posti letto, delle attività ospedaliere nel loro insieme, anche in funzione delle strutture attive e della propria configurazione assistenziale nella rete assistenziale degli ospedali regionali, nella quale il P.O. di Rieti risulta inserito come DEA di primo livello.

Tabella 1: Risorse e dotazioni in Pronto Soccorso o attivabili in ospedale

	DOTAZIONE
Postazioni in Sala Emergenza	**3**
Postazioni visita in PS	**3**
Ventilatori disponibili in PS	**2**
Posti complessivi di stazionamento	**45**
Barelle disponibili	**25**
Posti letto OBI attivi	**10**
TC attive o attivabili	**1+1**
Sale operatorie attive o attivabili per l'emergenza	**2**

POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO ATTIVI	PL NON ATTIVI
Posti letto totali	**315**	**Già deliberata Prevista ristrutturazione del Pronto Soccorso**
Area medica (esclusa cardiologia)	**131**	
Cardiologia + UTIC	**20+4**	
Area chirurgica (escluse chirurgie specialistiche)	**20**	
Terapia intensiva Rianimazione Polivalente(*)	**8**	
Breve Osser./Med. Urgenza (codice 51)	**12**	
UTN Unità di Trattamento Neurovascolare	**4**	

3. VOLUME ATTIVITÀ E RISULTATI ASSISTENZIALI

In questo paragrafo vengono definiti i volumi e gli esiti assistenziali osservati nell'anno precedente, riferiti, in caso di revisione a più breve termine, almeno al semestre precedente.
L'analisi dei volumi di Pronto Soccorso si concentra sui fattori determinanti l'iperafflusso e il sovraffollamento, attraverso la costruzione di indicatori-obiettivo che ci consentano di misurare gli accessi ed i pazienti contemporaneamente in carico al personale e di tendere, attraverso i limiti di riduzione stabiliti, al miglioramento dell'organizzazione e della qualità assistenziale in P.S.

Pronto Soccorso

- Completamento del percorso clinico dei pazienti entro le ore 12 dell'accesso, con l'obiettivo nel prossimo biennio di ridurre il limite ad 8 ore;
- Percentuale di ricovero in P.S. e delle dimissioni a domicilio o con percorso ambulatoriale, utilizzanti come riferimento le medie Regionali rispetto al livello assunto dalla struttura nelle rete regionale dell'Emergenza; dimissioni a domicilio dopo permanenza in P.S. superiore a 48 ore;
- Percentuale di ricovero dei pazienti dal P.S. 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%;
- Trasferimento da P.S. per mancanza di posto letto.

Ospedale

- Gestione dei tempi di esecuzione degli esami diagnostici e delle consulenze;
- Verifica puntuale della degenza media in Area Medica, valore adeguato uguale o inferiore a 10 giorni, e di quella preoperatoria di elezione, inferiore ad 1,7 giorni;
- Indice di occupazione, indice di turn over e indice di rotazione complessivi ospedalieri e specifici dell'Area Medica;
- Dimissioni quotidiane dall'Ospedale e posti letto giornalieri resi disponibili per il P.S.

VOLUMI DI PRONTO SOCCORSO	ANNO 2016
Accessi totali	39597
Accessi medi giornalieri	108,5
90° percentile accessi giornalieri	145
Accessi totali 118 + elicottero 118	8450
Incidenza accessi 118 + elicottero 118	21,3
Accessi 118 medi giornalieri (con range) + elicottero 118	a cura della Regione Lazio
90° percentile accessi 118 + elicottero 118	32
Valore medio di persone presenti contemporaneamente in PS (con range) alle ore 14 (monitoraggio giornaliero)	36
90° percentile di persone presenti contemporaneamente in PS	55
Ricoveri totali	9580
Ricoveri medi giornalieri	24,3
Ricoveri più trasferimenti totali	9700
Ricoveri più trasferimenti medi giornalieri con range	24,4
90° percentile ricoveri	29
90° percentile ricoveri + trasferimenti	29,2

RISULTATI ASSISTENZIALI ANNO 2016		ORE/MEDIA
Pronto Soccorso	Percentuale Chiusura scheda PS < 12 h (indicatore 1 del monitoraggio mensile)	95
	Percentuale ricoveri + trasferimenti da PS sugli accessi	24,6
	Percentuale ricoveri da PS con permanenza superiore a 24h (indicatore 3 del monitoraggio mensile) escluso OBI	1%
	Percentuale ricoveri da PS con codice rosso con permanenza superiore a 24h (indicatore 4 del monitoraggio mensile) escluso OBI	0
	Percentuale di pazienti dimessi dal PS al domicilio con permanenza superiore a 24 escluso OBI	0
	Percentuale di trasferimento da PS per mancanza di posti letto	0
Ospedale	Tempi medi per esecuzione e refertazione di esame TC addome con mdc	36
	Tempi medi per esecuzione e refertazione di esame eco-doppler tronchi sopra-aortici	48
	Tempi medi per esecuzione e refertazione di EGDS	72
	Degenza media in area medica codice 26	8
	Degenza media trimmata in area medica codice 26	6,8
	Degenza media pre-operatoria	0,65
	Indice di occupazione	86
	Indice di occupazione in area medica	102

4. PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO

Il fabbisogno dei ricoveri da Pronto Soccorso viene stimato sui volumi assistenziali, indicati nella sezione precedente, e richiede lo sviluppo di una programmazione giornaliera.

	STIMA GIORNALIERA
Ricovero complessivi	**25**
Ricoveri in terapia intensiva	**0,35**
Ricoveri in area medica	**20**
Ricoveri in area chirurgica	**5**
Trasferimenti per competenze di II livello	**0.3**
Trasferimenti per mancanza di posto letto	**0**

5.GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Il piano prevede l'indicazione di un solo livello di allerta in cui l'intervento correttivo non sia più procrastinabile.

La condizione di sovraffollamento viene dichiarata *"dal responsabile del PS/DEA alla Direzione Sanitaria di Presidio, che diviene responsabile delle procedure fino alla sua completa risoluzione", coadiuvata dalla figura del Bed Manager*[1].

Su indicazione della Direzione Sanitaria, in presenza di questa condizione, il responsabile del PS/DEA può richiedere alla Centrale Operativa 118 modifiche dei bacini di afferenza, che saranno valutate in base alla situazione complessiva della Rete di Emergenza e che, comunque, non includono la centralizzazione per le Reti tempo-dipendenti.

Per la definizione di sovraffollamento sono stati considerati alcuni indicatori:di iperafflusso (input), di throughput (elevato grado di coesistenza di pazienti), e di boarding (output), in grado di valutare lo stazionamento e la capacità di avvio a ricovero da P.S.

CRITERI	INDICATORI DI SOVRAFFOLLAMENTO		
Determinanti	***Afflusso*** **elisoccorso**	**> 90° percentile degli accessi 118 +** **> 90° percentile degli accessi**	**> 35** **> 145**
	Presenza	**>90° percentile dei presenti contemporaneamente[2]** **Saturazione dei posti di stazionamento**	**> 60** **> 50**
	Esito	**Pazienti in attesa di ricovero/trasferimento da più di 24 ore superiore al 20% dei ricoveri nelle ultime 24** **Pazienti in attesa di ricovero in numero superiore ai ricoveri giornalieri previsti nel piano**	**> 2** **>5**

6. LA CONDIZIONE DI SOVRAFFOLLAMENTO

La condizione di sovraffollamento si attiva quando sono presenti contemporaneamente

- tre indicatori contemporaneamente superiori al limite precisato sui sei indicati nel Box e termina, su dichiarazione del responsabile, al rientro di almeno uno degli indicatori previsti, oppure

due indicatori della stessa fase clinico gestionale con valori superiori al limite precisato.

INTERVENTI	RESPONSABILE
Responsabile dell'attivazione della condizione di sovraffollamento	**Direttore DEA**
Responsabile della gestione della condizione di sovraffollamento	**Direzione Sanitaria di Presidio**
Sequenza progressiva e descrizione degli interventi	**vedi allegato**

7. PERCORSI PER IL PRONTO SOCCORSO

Il Decreto n.70/2015 sugli Standard Ospedalieri prevede che i percorsi clinici validati siano uno strumento di qualità organizzativa ed assistenziale, in grado di sviluppare l'integrazione tra i servizi e le professionalità, con l'obiettivo della centralizzazione del paziente lungo tutto il suo percorso di cura.

I PDTA sono necessari anche nell'attività di Pronto Soccorso, proprio per la migliore gestione organizzativa dei flussi e delle variabili tempo-dipendenti.

La Direzione Sanitaria della ASL Rieti ha validato i seguenti percorsi:

PERCORSI CLINICI IN P.S.
Dolore Toracico
Percorso Dolore in P.S.
Polmonite
Sincope – TILT Test
BPCO- Insufficienza respiratoria
Diabete
Ipertensione
Ictus
Scompenso Cardiaco
Parto
Frattura Femore
Alzheimer
Fast – Track Pediatrico
Fast- Track Cardiologico per Infarto
Convulsioni Febbrili in età pediatrica

8.BED MANAGEMENT

La piena attuazione delle normative relative al Bed Management determina l'assunzione di un ruolo essenziale nella programmazione dei ricoveri/trasferimenti e dimissioni, nella facilitazione dei percorsi durante il ricovero e nella verifica dei tempi di ricovero.
Nel piano devono essere indicate le figure responsabili e la metodologia di lavoro.

ORGANIZZAZIONE BED MANAGEMENT	
Responsabile Bed Management	**Coord. Inf U.O.CD.M.O C. Formichetti**
Numero di persone dedicate e professionalità operative nelle 24 h	**2 persone in h 6**
Azioni nella programmazione dei ricoveri	**Vedi allegato n° 1**
Sistema di verifica dei posti letto in tempo reale	**Vedi allegato n° 1**
Azioni di facilitazione, governo e verifica del flusso dei ricoveri	**Vedi allegato n° 1**
Azioni nella programmazione e gestione delle dimissioni	**Vedi allegato n° 1**
Metodologia di integrazione e comunicazione giornaliera con UO e servizi	**Vedi allegato n° 1**

9.SISTEMA DI VALUTAZIONE E AUDIT ORGANIZZATIVO

Il piano prevede un sistema di monitoraggio e restituzione dei dati con effettuazione di audit a cadenza trimestrale per il personale afferente al DEA e semestrale per tutte le UOC /UOSD di Area Medica, Chirurgica e dei Servizi.
Il sistema di monitoraggio on-line della ASL Rieti è basato sulla possibilità di rilevazione ed analisi in real time dell'andamento delle attività tramite rilevazione integrata del sistema gestionale GIPSE con il programma Accettazione Ricoveri (ADT-Arianna di Dedalus), visibile sul cruscotto aziendale Busines Intelligence.

INDICE

1. INTRODUZIONE 1
1.1 SCOPO 2
1.2 LA FIGURA DEL BED MANAGER 2
1.3 CAMPO DI APPLICAZIONE 3
1.4 STRUTTURE E RECETTIVITÀ 4
2. DEFINIZIONI E ACRONIMI 4
3. RIFERIMENTI LEGISLATIVI 5
4. DESCRIZIONE ATTIVITÀ 5
4.1 ELEMENTI DI ORGANIZZAZIONE 5
4.1.1 ISTITUZIONE DEL SERVIZIO 5
4.1.2 ORARI DI ATTIVITÀ 5
4.1.3 STRUMENTI GESTIONALIE E INFORMATIZZAZIONE 6
4.1.4 DOTAZIONE ORGANICA 6
4.2 OBIETTIVI E ASPETTI METODOLOGICIDI DI BED MANAGER PRESSO IL P.O DI RIETI 6
4.2.1 OBIETTIVI GENERALI 6
4.2.2 OBIETTIVI SPECIFICI 6
4.2.3 MODALITÀ OPERATIVA 7
5. PATIENT FLOW OPERATIVO DELL BED MANAGER 10
6. INDICATORI 11
7. Matrice delle responsabilità 11
8. AGGIORNAMENTO DELLA PROCEDURA 12
9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE 12
10. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI 12

1. INTRODUZIONE

Il mancato governo dei flussi dei pazienti in Ospedale, ha effetti negativi su tutte le fasi del ricovero, in modo visibile sui tempi d'attesa in Pronto Soccorso ed in misura altrettanto importante sui tempi di degenza media e su altri indicatori di attività, di processo ed esito ospedalieri.

Il sovraffollamento, la degenza prolungata e il ritardo delle dimissioni aumentano il rischio di eventi avversi tra cui l'aumento delle ICA, il disagio dei pazienti e dei familiari, ma anche del personale medico ed infermieristico esposto a un ambiente inidoneo, poco organizzato ed altamente conflittuale.

L'obiettivo primario del presente regolamento per "la corretta gestione del posto letto" consiste nel miglioramento della disponibilità di posti letto dell'organizzazione e la sicurezza delle cure e dei livelli di comfort del paziente.

1.1 SCOPO

La procedura è tesa a risolvere la difficoltà di reperimento dei posti letto nel nostro ospedale e miglioramento dei percorsi clinico organizzativi interessanti tutte le strutture di collegamenti tra tutte le strutture di degenza dell'ospedale stesso.
Altro scopo importante è quello di cercare di tradurre gli obiettivi di umanizzazione e la capacità di presa in carico del paziente in un fare pianificato e strutturato dove il valore della persona, la risposta alle sue esigenze, il sollievo del dolore e delle paure causate dalla malattia e dall'ospedalizzazione possono essere coercitivamente agite.
Molti malati possono avere un trattamento clinico assistenziale molto simile, ma il percorso di malattia di ognuno è unico, diverso ed originale.
Il Bed Manager ospedaliero è la figura che garantisce quindi:

- Il corretto percorso clinico del paziente a partire dal ricovero fino alle dimissioni presso il domicilio o nelle strutture di ospedalizzazione indicate per i livelli di necessità assistenziale in post acuzie, riabilitazione, lungodegenza degenza infermieristica o Hospice.
- La fluidità della dimissione ospedaliera;
- La facilitazione dei contatti professionali e dei livelli d'integrazione multidisciplinare nell'ottica della centralità del paziente durante il periodo di ricovero ed in fase si dimissione.
- Maggior sicurezza e confort durante il ricovero con garanzia di un percorso protetto fino alla dimissione o all'eventuale trasferimento presso altri ospedali per acuti
- La gestione delle situazioni di iperafflusso e sovraffollamento dei pazienti all'interno dell'ospedale.

1.2 LA FIGURA DEL BED MANAGER

La gestione del posto letto è un argomento che si è sviluppato notevolmente nell'ultimo decennio nella realtà anglosassone e negli ultimi anni anche in Italia nella sua recente connotazione manageriale.
Il *patient flow* è inteso come la progressione del paziente all'interno della struttura sanitaria, dall'ammissione alle varie tipologie di dimissione o trasferimento.
Molti dei problemi tipici delle moderne realtà ospedaliere sono proprio legati ad una cattiva gestione di questi flussi tra le varie aree dell'ospedale.
Il peggioramento dei flussi- paziente spesso è aggravata dal fatto che l'ospedale, per ragioni geografiche, non può di fatto trasferire pazienti di Pronto Soccorso destinati al ricovero. Oggi, i moderni modelli logistico – organizzativi tendono a ridisegnare i percorsi fisici dei pazienti in base al concetto di intensità di cura, superando la tradizionale assegnazione di risorse e spazi basata sul criterio della specialità clinica e quindi del reparto.
Negli ultimi anni, come detto sopra, è emersa la figura del Bed Manager, in grado di unire competenze clinico organizzative e logistiche nella supervisione dei posti letto. Tra i suoi compiti c'è la gestione del percorso del paziente in ospedale con l'ausilio del personale medico e infermieristico al fine di raggiungere il setting assistenziale più adatto.
Secondo uno studio pubblicato nel Journal of Nursing Management del 2001[1], il Bed Manager differisce da una organizzazione ad un'altra. Gli autori sono convinti che la fluidità del percorso dei pazienti non solo contribuirebbe all'ottimizzazione delle risorse ma anche a migliorare l'esperienza del paziente stesso.
Le principali caratteristiche del Bed Manager sono:

- Conoscenza approfondita dell'Ospedale e dei servizi da esso erogati;

[1] Developing bed manage s:the why and the how ,Journal of nursing management 2007

- Conoscenza delle abitudini delle singole U.O;
- Conoscenza delle esigenze dei clinici al fine di garantire la massima integrazione tra percorsi urgenti e programmati quindi conoscenza delle liste d'attesa e pazienti provenienti dal Pronto Soccorso;
- Conoscenze delle esigenze cliniche e numeriche di ricovero del P.O al fine della programmazione dei PL necessari e della attivazione dei flussi di ricovero e di dimissione dei pazienti;
- La capacità di decisione strategica come elemento di forte influenza sul decorso delle cure del paziente;
- La quotidiana capacità decisionale a seconda dell'andamento del flusso di pazienti in entrata e in uscita, con la collaborazione di medici e infermieri;
- La capacità di fare una previsione proiettiva della domanda di posti letto in base alla situazione reale e alla analisi dei dati aziendali e di quelli stagionali.

1.3 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il regolamento si applica all'interno della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero San Camillo De Lellis della AUSL di Rieti e nelle UU.OO afferenti quali:

AREE MULTIDISCIPLINARI DI DEGENZA ORDINARIA

1. Area Medica Me.Di.Nef
2. Area Medica Ge.Ria.Med
3. Area Medica Medicina Fast
4. Unità di Degenza Infermieristica
5. Area Week 1
6. Area Week 2
7. Area Long

U.O.C SPECIALISTICHE DI RIFERIMENTO

8. U.O.C Nefrologia
9. U.O.C Ostetricia/Ginecologia
10. U.O.C Ortopedia/Traumatologia
11. U.O.C Cardiologia/UTIC
12. U.O.C S.P.D.C
13. U.O.C Pediatria e Neonatologia
14. U.O.C Malattie Infettive
15. U.O.C Oncologia

AREA DEA

16. U.O.C Anestesia e Rianimazione
17. U.O.C MCAU con MURG e OBI
18. U.O.C UTN – Neurologia

1.4 STRUTTURE E RECETTIVITÀ

Il Presidio Ospedaliero di Rieti dispone di 315 posti letto in ricovero ordinario e 25 in DH.

Tale dato risulta aggiornato con la decurtazione dei P.L. del P.O di Amatrice dopo l'evento sismico del 24/08/2016. L'attività di ricovero nel Dipartimento Chirurgico è strutturata nelle Aree di degenza Long h 24, 7 giorni su 7 e Aree di degenza Week h 24, 5 giorni su 7.

L'Area di Week 2 è aperta dal Lunedì al Venerdì, l'Area di Week 1 invece dal Mercoledì fino alla Domenica.

Sul territorio sono presenti quattro RSA accreditate istituzionalmente dalla Regione Lazio. L'attuale sistema residenziale e semiresidenziale prevede tre livelli: intensivo estensivo e di mantenimento (Alto e basso)

1. La RSA di Santa Rufina è una struttura accreditata per 70 P.L. suddivisi in 38 PL in residenza in mantenimento A,12 PL in residenza in Mantenimento B, 20 PL residenza in estensivo per disturbi cognitivi o comportamentali gravi,7 PL semiresidenziale in mantenimento A. In attesa di accreditamento per 11 PL per le aree terremotati.
2. La RSA di Montebuono dispone di 60 PL, organizzati in tre moduli di cui uno di 20 PL a mantenimento basso per l'assistenza di pazienti anziani totalmente o parzialmente non autosufficienti e due di 40 PL a mantenimento alto per l'accoglienza di anziani portatori di deficit funzionali e cognitivi più gravi.
3. La RSA San Raffaele di Borbona dispone di 60 PL suddivisi in 40 PL in mantenimento A, 20 PL in mantenimento B, in attesa di accreditamento per 18 PL per le aree del terremoto.
4. La RSA Cirene è situata a Torri in Sabina accreditata per 15 PL in residenza con mantenimento B.

Le Cure Palliative finalizzate alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici, viene erogata presso l'Hospice territoriale San Francesco, dotato di 10 P. La gestione esternalizzata.

2. DEFINIZIONI E ACRONIMI

- U.O Unità operativa
- UU.OO Unità operative
- UDI Unità di Degenza Infermieristica
- MURG Medicina D'urgenza
- OBI Osservazione Breve Intensiva
- MCAU Medicina Chirurgia Accettazione e d'urgenza
- UTN Unità Stroke Unit - Neurologia
- P.S. Pronto Soccorso
- P.L Posto letto
- DEA Dipartimento Emergenza e Accettazione
- DM Degenza media
- UVM Unità di Valutazione Multidisciplinare
- UTIC Unità di Terapia Intensiva Cardiologica
- ADI Assistenza Domiciliare Integrata
- PZ. Paziente
- ICA Infezioni correlate all'assistenza
- ASS.SOC Assistenti Sociali

3. RIFERIMENTI LEGISLATIVI

1. **Deliberazione della Giunta Regionale Lazio n° 821 del 3 novembre 2009** avente per oggetto: 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", tale progetto è stato riconosciuto strategico nell'organizzazione ospedaliera sia pubblica che privata.
2. **DCA U000368 del 31 ottobre 2014** recante la "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio (decreto del Commissario ad Acta n.U00247/2014 in applicazione della D.G.R n.821 /2009).
3. **Dlgs 02/04/2015 Decreto Lorenzin** sui modelli standard per l'assistenza ospedaliera
4. **Delibera Giunta Regionale n.149 del 06/03/2007**
5. **Delibera Giunta Regionale n.821 del 03/11/2009** Bed Manager
6. **Piani sanitari Regionali** 2008/2010; 2010/2012; 2013/2015
7. **Delibera n° 255 D.G AUSL Rieti del 03/03/2010**

4. DESCRIZIONE ATTIVITÀ

4.1 ELEMENTI DI ORGANIZZAZIONE

4.1.1 ISTITUZIONE DEL SERVIZIO

La Direzione Aziendale in risposta alla riduzione dei posti letto ed alla necessità di riorganizzazione interna (nel rispetto del Piano Sanitario Regionale e del piano di rientro della riqualificazione della rete ospedaliera), ha individuato le funzioni dell'Ottimizzatore dei processi di ricovero e dimissioni posta in capo alla DMO, coadiuvata da altre figure professionali, un Coordinatore infermieristico Bed Manager e un infermiere.
Con delibera n° 192/DG del 19/02/2016 sono stati attribuiti gli incarichi.
Il Bed Manager ha l'obiettivo di facilitare, razionalizzare ed ottimizzare l'utilizzo dei posti letto dedicati al ricovero d'urgenza e emergenza da Pronto Soccorso e per il ricovero ordinario.

4.1.2 ORARI DI ATTIVITÀ

Il servizio di Bed manager è attualmente attivo dalle 08.00 alle 17.00 dal lunedì al venerdì; il sabato dalle 08.30 alle 14.00. Il team Bed manager è reperibile attraverso l'attivazione di due numeri brevi:10232-10251 e un numero fisso 0746/278516.
L' ufficio temporaneo del Bed Manager è ubicato al IV° piano del Blocco Chirurgico.

4.1.3 Strumenti gestionali e informatizzazione

Il Bed manager nello svolgimento delle attività di rilevazione dei posti letto disponibili, trasferibili o dimissibili, utilizza tabelle in formato Excel che vengono compilate tutti i giorni e aggiornate tre volte nell'arco della giornata, alle ore 08.30-12.00-16.30.
Ogni giorno sul computer di postazione viene compilato il diario giornaliero dei posti letto attraverso l'utilizzo del software di Dedalus Arianna, "A.D.T" Accettazione Dimissioni e Trasferimenti. Il software di Dedalus Ormaweb, viene utilizzato per la consultazione delle liste d'attesa.
Sul computer portatile è possibile accedere al programma "Gipse" gestione informazioni Pronto Soccorso emergenza attraverso il quale è possibile controllare i ricoveri e pazienti dimessi nelle 24 ore, controllare eventuali code di pazienti in attesa di ricovero messi in destinazione ed avere un quadro preciso dei pazienti che con il triage verranno suddivisi in base all'attribuzione del codice colore.
La visualizzazione dei dati di interesse Aziendale è possibile attraverso il portale Intranet Aziendale (Cruscotto Business Intelligence).

4.1.4 Dotazione organica

Attualmente il servizio è dotato delle figure di:

- Un Coordinatore infermieristico Bed Manager
- Un Infermiere Professionale

4.2 Obiettivi e aspetti metodologici di Bed Manager presso il P.O di Rieti

4.2.1 Obiettivi generali

Visti gli elementi esplicitati nella premessa si ci propone di creare un gruppo di operatori, coordinatori, che producano una rete di relazioni e di raccordo tra le U.U.O.O di Pronto Soccorso, Rianimazione, Chirurgia d'Urgenza, Cardiologia, Week 1 e 2,Ginecologia, Ortopedia /Traumatologia, Medicina internistica Nefro- Dismetabolica, Piastra Geriatrica, Medicina Fast, insieme ai servizi di Pneumologia Centro Trasfusionale, Diagnostica, Servizio Trasporti Protetti ed altri collegati strettamente a questa fase del percorso del malato per gestire al meglio i pazienti all'interno dei reparti di degenza a partire dal loro ingresso dal P.S.

E' importante la conoscenza approfondita della recettività di ogni reparto e ogni eventuale percorso alternativo al ricovero ordinario che l'Azienda è in grado di offrire permettendo in tal modo la totale presa in carico del malato.

4.2.2 Obiettivi specifici

La funzione prioritaria del Bed Manager è quella di assicurare il coordinamento delle azioni operative finalizzate alla corretta gestione della risorsa posto letto nel sistema di ricoveri e trasferimenti legato agli accessi da Pronto Soccorso intervenendo a livello puntuale e creando un collegamento costante nelle diverse fasi del percorso assistenziale mediante un unico governo centrale che si interfacci costantemente con:

- Strutture Semplici e Complesse dell'Azienda Ospedaliera
- Coordinatori
- Dipartimenti
- D.M.O
- Direzione Aziendale
- Strutture di Riabilitazione
- Servizi di assistenza territoriale
- Servizi Sociali Ospedalieri
- Servizi Trasporti Protetti

"Nello specifico la sua attività si concretizza in:

- Determinare una relazione stabile ed orientata alla missione con i direttori, i medici di guardia e i coordinatori infermieristici delle UU.OO,
- Determinare relazione stabile con i servizi di radiologia e diagnostica per facilitare i tempi dei processi,
- Intervenire in caso di criticità nel sistema dei trasferimenti dalle aree critiche (Terapia Intensiva e Rianimazione),
- Evitare l'uso dei letti aggiunti ed assicurare il loro riassorbimento,
- Collaborare costantemente con i medici del P.S. per il Problem Solving ordinario,
- Collaborare con il Dipartimento chirurgico e medico per facilitare il trasferimento dei pazienti che non siano più di competenza, verso altri regimi di ricovero /degenza o presso altre U.O.C o strutture sanitarie.
- Facilitare la gestione dei pazienti anziani fragili, non autosufficienti, senza fissa dimora, etilisti, etc., in collaborazione con Servizi Sociali Ospedalieri e Territoriali, per evitare ricoveri impropri.
- Monitorare il piano complessivo delle dimissioni delle unità operative al fine di individuare eventuali aree di criticità e gestione della dimissione difficile;
- Monitorare le dimissioni nei fine settimana e delle dimissioni informatizzate in tempo reale, con particolare riferimento all'andamento del monitoraggio regionale delle giornate di degenza;
- Collaborare con i servizi sociali per la presa in carico del paziente sia sanitaria che sociale al fine di garantire una dimissione protetta;
- Collegare e coordinare il percorso post-acuzie sia ospedaliero che territoriale UDI e Hospice;
- Raccogliere, analizzare ed utilizzare i dati per fornire basi quantitative necessarie alla creazione di modelli previsionali di afflusso e conseguenti necessità di posti letto;
- Raccogliere e monitorare di indicatori;
- Fornire consulenza e formazione sul campo ai professionisti nelle varie unità operative.
- Mantenere rapporti con la direzione Sanitaria Aziendale
- Fornire relazioni periodiche con la D.M.O per i problemi presenti e azioni, collaborare agli aspetti di budget aziendale per aspetti di competenza.

4.2.3 MODALITÀ OPERATIVA

1. Il Bed Manager attraverso la consultazione del programma ADT accettazione, dimissione, trasferimenti, esamina e prende visione dei posti letto disponibili, occupati, liberi e liberabili che verranno rilevati e trascritti su apposita modulistica in scheda Excel (allegato n°2 e n° 3).
2. Il Bed Manager comunica al Pronto Soccorso la reale disponibilità dei posti letto.
3. Prende visione dei posti letto disponibili presso l'Area di Medicina Fast dove vengono garantite un minimo di tre dimissioni giornaliere per permettere un'efficace turnover dei ricoveri e delle dimissioni.
4. Al termine della visita presso le UU.OO, il Bed Manager prende visione delle dimissioni previste nella giornata, dei trasferimenti dalla U.O.C di rianimazione alle unità operative di degenza eventuali richieste di ritorno dei pazienti da DEA di riferimento, del riassorbimento di pazienti ricoverati in appoggio presso le UU.OO di pertinenza. Il criterio di reperimento del P.L, nel caso in cui vi fossero più richieste con una unica disponibilità, sarà quello di dare priorità nell'ordine indicato:
   - P.L richiesti dal medico di P.S.
   - Trasferimenti dalla Rianimazione, MURG, UTN, OBI.
   - Riassorbimento di pazienti in appoggio.

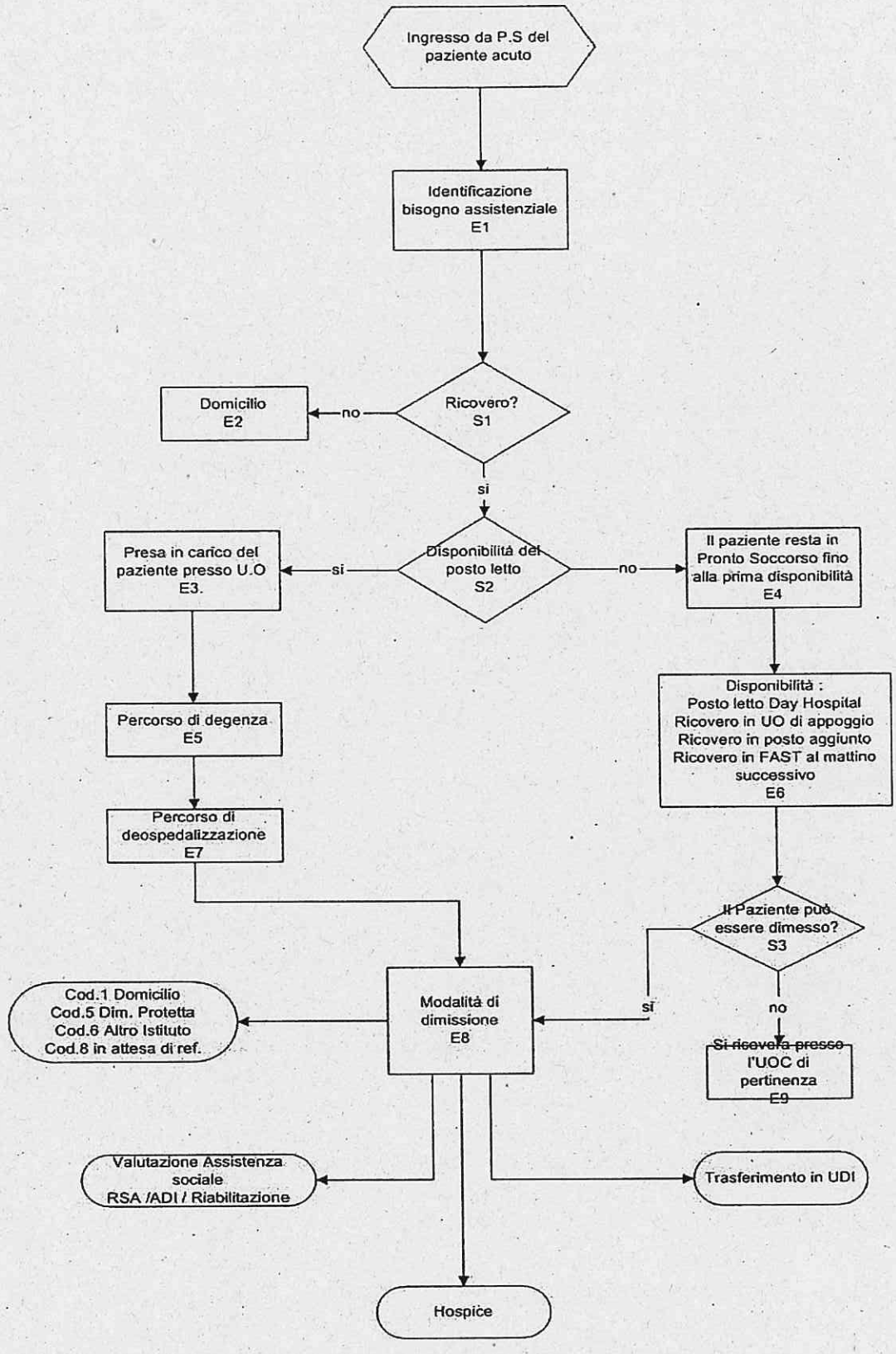
- Accoglienza di pazienti di ritorno dopo periodo di ricovero da DEA di riferimento.
- Pazienti programmati.

La Bed Manager, dopo aver ricercato il posto letto, concorda il trasferimento con il personale medico ed infermieristico del reparto trasferente e accettante.

1. Le dimissioni di reparto vanno programmate e comunicate alla Bed Manager il pomeriggio precedente per la mattina successiva, i pazienti e i familiari vanno informati la sera precedente affinchè possano lasciare l'ospedale entro le ore 12.00 del giorno successivo.
2. Per le dimissioni "difficili" si può ricorrere alla collaborazione e valutazione delle Assistenti Sociali Ospedaliere della D.M.O, che predisporranno un percorso assistenziale domiciliare o in RSA adeguato.
3. Per il paziente oncologico in fase terminale viene inviata apposita richiesta di consulenza all'Hospice. Il Bed manager su richiesta del medico di P.S contatta i medici deputati alla valutazione reperibili telefonicamente presso l'U.O.C di Oncologia. L'esito della valutazione e la disponibilità del P.L determineranno il trasferimento presso l'Hospice. Il trasporto verrà organizzato in base alle modalità del regolamento dei Trasporti Protetti.
4. Le dimissioni dei pazienti dai reparti di degenza dovranno essere comunicate con un giorno di anticipo al personale della UDI e Discharge Room. In questo modo ci sarà il tempo necessario per organizzare l'eventuale trasporto di quei pazienti che hanno bisogno di ambulanza o mezzo attrezzato per poter tornare a casa o presso strutture residenziali in ambito territoriale.
5. Nel caso in cui il paziente necessita di osservazione presso la Rianimazione il posto letto potrà essere disabilitato al massimo per 24 ore. Trascorso tale periodo, il posto letto dovrà essere riabilitato e reso disponibile per il ricovero.
6. Il Coordinatore infermieristico o l'infermiere di turno è responsabile della correttezza e completezza delle informazioni trasmesse al Bed Manager.
7. Ogni variazione della disponibilità dei posti letto (dimissione, decesso trasferimento) va comunicata alla Bed Manager.
8. Il paziente dovrà essere stabilizzato presso il Pronto Soccorso prima di essere ricoverato presso la U.O. accettante, dovrà essere garantito il reperimento di accessi venosi e dovranno essere stabili i parametri vitali.
9. Le consulenze richieste vanno effettuate dallo specialista nel più breve tempo possibile in Pronto Soccorso e comunque sempre in relazione temporale alla differibilità dell'urgenza richiesta.
10. In caso di ricovero urgente da PS, fino al momento dell'accesso in reparto, anche in caso di appoggio presso altra U.O, il paziente rimane in carico del P.S.
11. La Bed Manager collabora con il personale medico infermieristico del Pronto Soccorso per la definizione del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale più idoneo.
12. In caso di ricovero urgente da PS, fino al momento dell'accesso in reparto, anche in caso di appoggio presso altra U.O, il paziente rimane in carico del P.S.
13. La Bed Manager collabora con il personale medico del P.S nell'identificazione dei pazienti che necessitano di ricovero e possono accedere all'area della Medicina Fast come da Regolamento della Medicina Fast dell'Ottobre 2016.
14. La Bed Manager comunica con i familiari e fornisce le informazioni utili al reparto accettante.
15. Se il posto letto nell'area /U.O.C di destinazione non è disponibile la Bed Manager ricercherà prima all'interno del Dipartimento di appartenenza poi, al di fuori di questo, in ambito ospedaliero.

16. Terminati i letti disponibili in ricovero ordinario, si procederà all'occupazione dei posti letto di Day Hospital.
17. Il Medico di P.S comunica il ricovero del paziente presso altra U.O in appoggio temporaneo al medico di guardia e al Coordinatore infermieristico della U.O di pertinenza.
18. Il paziente va ricondotto all'interno della specialità di competenza prioritariamente rispetto ad altri ricoveri programmati. Nel caso in cui più pazienti presentino la stessa necessità verrà valutato il tempo di attesa e la gravità clinico assistenziale.
19. L'equipe infermieristica di assistenza è quella della U.O accettante fino al trasferimento presso la U.O di pertinenza, mentre la gestione medica è a carico del personale della U.O di pertinenza ferma restando che la vigilanza del paziente per tutto il periodo di permanenza è del personale dell'U.O di appoggio.
20. Il Bed Manager partecipa alle attività di UVMD per ADI.
21. Il Bed Manager ha il compito di ottimizzare il flusso affinchè sia appropriata la durata della degenza.
22. Deve essere sempre garantita una rigorosa pianificazione dei ricoveri programmati da parte dei direttori delle U.O di Chirurgia, nel rispetto delle liste d'attesa e operatorie della data di avvenuta preospedalizzazione, della disponibilità dei posti letto, della programmazione della durata della degenza per il corretto inserimento dei pazienti in regime di Week e Long.
23. In caso di sovraffollamento il Bed Manager gestisce i ricoveri programmati che possono essere sospesi in accordo con la D.M.O e responsabili DEA e Direzione Aziendale.
24. Il Team deve collocare il paziente nel setting assistenziale più adeguato, in caso di mancanza di P.L disponibile, per evitare la cancellazione del ricovero ospedaliero inerente il ricovero ordinario, si procede alla momentanea sistemazione del paziente presso altra U.O del reparto chirurgico o spostamento di altro paziente previa valutazione dello stato di salute e valutazione del livello assistenziale necessario. Può essere spostato anche il paziente che è prossimo alla dimissione o resti ricoverato per osservazione.
25. Il paziente ricoverato in regime di Week che dopo valutazione del medico specialista di riferimento non potra' essere dimesso, pur essendo ricoverato da 5 giorni , sara' trasferito in reparto Long o reparto di appoggio dallo specialista stesso con l'ausilio della Bed Manager che cercherà il P.L presso l'U.O. più idonea alle necessita di tipo assistenziale del paziente.
26. Il Bed Manager coordina la collaborazione di tutti gli operatori affinchè l'appropriatezza dei percorsi ospedalieri e l'oculata gestione delle attività sanitarie vengano svolte anche nei periodi critici di iperafflusso.
27. Il ricorso al letto aggiunto viene deciso quando non è più percorribile altra modalità di ricovero e compatibilmente alle situazioni logistiche, alla dotazione organica dei reparti e alle condizioni di sovraffollamento. Si ricorda che in casi di emergenza /iperaflusso sia i letti e /o barelle potranno essere collocate sia all'interno delle stanze di degenza, con un massimo di un letto aggiunto in più per ogni stanza di degenza a quattro letti e persino lungo i corridoi qualora le necessità di ricovero lo giustifichino.
28. In condizioni di emergenza urgenza, viene superata anche la separazione della camera di degenza per sesso, che viene ripristinata appena si renderà disponibile un posto letto.

5. PATIENT FLOW OPERATIVO DEL BED MANAGER



Legenda :

E6 Modalità di ricovero in assenza di P.L presso U.O di appartenenza
E9 Il Paz.in ricovero presso Area Fast, superati i 6 gg, verrà trasferito presso U.O di pertinenza

6. INDICATORI

La valutazione è un processo attraverso il quale si attribuisce a qualche elemento un giudizio di valore su scale qualitative o quantitative usando tecniche e strumenti diversi che faranno riferimento agli stessi indicatori relativi all'anno precedente.

Gli indicatori assumono particolare interesse nel campo sanitario, sono strumenti metodologici semplici costituiti da espressioni quantitative numeri tassi percentuali che forniscono una rappresentazione sintetica dei diversi aspetti del sistema in esame.

- Degenza Media

Indica la durata media di un ricovero nella struttura ospedaliera in giorni con riferimento a un intervallo temporale.

$$DM = \frac{\text{Numero di giornate di degenza nel periodo}}{\text{Numero dei ricoveri nel periodo}}$$

- Tempi medi di attesa in P.S dei pazienti destinati a ricovero in reparto.
- Percentuale delle dimissioni della domenica rispetto al lunedì sul totale delle dimissioni settimanali per singola U.O
- Percentuale dei ricoveri in appoggio e con letto aggiunto presso le UU.OO non di competenza.

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	D.M.O	*Bed Manager*	*Medico PS*	*Medico U.O*	*Coordinatore U.O*	*Infermiere Ausiliario U.O*	*Ass.Soc (*)*
Valutazione necessità ricovero		*I*	*R*	*C*	*I*	*I*	
Collocazione paziente in ricovero	*I*	*C*	*R*	*C*	*I*	*I*	
Monitoraggio P.L disponibili	*C*	*R*	*C*	*I*	*C*	*I*	
Monitoraggio delle dimissioni	*C*	*R*	*I*	*C*	*C*	*I*	*C*
Percorsi deospedalizzaz.	*C*	*C*		*C*	*C*	*I*	*R*

Legenda

(*) con il coinvolgimento dell'UVM

C: coinvolto

I: informato

R: responsabile

8. Aggiornamento della procedura

La procedura per la "Gestione del Flusso dei ricoveri in Emergenza/Urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento" sarà oggetto di revisione in base alle evidenze emerse dai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La procedura "Gestione del Flusso dei ricoveri in Emergenza/Urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento" è diffusa per il tramite della D.M.O a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffondere la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.

La procedura è pubblicata sull'intranet aziendale, area documentazione Risk Management

10. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- [1] Developing bed manage s:the why and the how ,Journal of nursing management 2007
- La dirigenza Infermieristica. Milano:McGraw –Hill Calamandrei, C.&Orlandi (2002)
- Il percorso assistenziale del paziente in ospedale.Milano :Mc Graw-Hill Casati&Vichi,M.C.(2002)
- Protocolli operativi e linee guida Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma
- Gestione del ricovero gennaio 2003 Direzione Medica dei Presidi AUSL n.9 Macerata.
- Clinical Governance -Verso l'eccellenza dell'assistenza sanitaria.
- M.Giacomazza F.Ginanni A.Vettori
- Le responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie. Annalisa PenniniGiannantonio Barbieri.Mc Graw Hill.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Direttore Dott. P.Anibaldi

REGIONE LAZIO

GESTIONE DEL POSTO LETTO
ALLEGATO N°2
SCHEDA OPERATIVA N.1

N. TEL.	Posti Disponibili	Posti Occupati	Posti Liberi	Posti Liberabili	Posti Prenotati	PL bis	Appoggi	Data Appoggi	U.O Appoggi
Geriamed 8249	24 uomini								
Geriamed 8250	24 donne								
Medi.Nef 8245	18 uomini								
Medi Nef 8246	20 donne								
MED.Fast 8324	10 uomini								
	10 donne								
Ginecologia 8270	16+2DH								
Ortopedia 8273	12								
Traumatol. 8272	16								
8272									
Malattie Infettive 8262	7 uomini								
8262	7donne								
Long 8301	10 uomini								

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Direttore Dott. P.Anibaldi

REGIONE LAZIO

GESTIONE DEL POSTO LETTO
ALLEGATO N°2
SCHEDA OPERATIVA N.1

N. TEL.	Posti Disponibili	Posti Occupati	Posti Liberi	Posti Liberabili	Posti Prenotati	PL bis	Appoggi	Data Appog	U.O appog
	10 donne								
Week 2 8290	8 uomini								
	10 donne								
Week 1 8279	7 uomini								
	10 donne								
Cardiol 8259	9 uomini								
18+2DH	9 donne								
UTIC 8319	4								
UDI* 8848	10	*pl tecnici							
Nefrologia 8245	8								
Oncologia 8385	6								
UTN- Neurol 8366	4								
Rianimazione 8263	6+2								
MURG 8313									
Pediatria 8244									
	13 +1DH								
SPDC 8219	14								
OBI* 8313	10	*pl tecnici							

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Direttore P. Anibaldi

REGIONE LAZIO

GESTIONE DEL POSTO LETTO
ALLEGATO N°3
SCHEDA OPERATIVA N.2

PAZIENTI PRESI IN CARICO DAL PRONTO SOCCORSO - DATA / /					
PAZIENTE	CODICE TRIAGE	DESTINAZIONE	MEDICO	ORA	DIAGNOSI RICOVERO

ALL 2

ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 –02100 RIETI – Tel. 07462781 – PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE – Direttore Dott. Paolo Anibaldi
Tel. 0746/279647 – Fax. 0746/278798 – mail: direzione.sanitaria@asl.rieti.it

Prot. 64493

Rieti, 22/12/2017

REGIONE LAZIO
Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Programmazione della Rete Ospedaliera
areareteospedaliera@regione.lazio.it

Dr. Basilio BATTISTI
Direttore U.O.C. Medicina Interna

Dr. Riccardo MEZZOPRETE
Direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia

Dr. Pasquale CARDUCCI
Responsabile Direzione Medica Ospedaliera

Dr. Giacinto DI GIANFILIPPO
Responsabile U.O.S.D. Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

Dr. Vittorio FALCHETTI BALLERANI
Dirigente Dipartimento Aziendale delle Professioni Sanitarie

Dr.ssa Alessandra FERRETTI
U.O.C. Anestesia e Rianimazione

Dr. Flavio MANCINI
Direttore U.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza

Dr. Mario SANTARELLI
Responsabile P.T. U.O.C. Diagnostica per Immagini

Direttori/Responsabili Unità Operative Dipartimento Chirurgico

Dr.ssa Manuela SERVA
Responsabile Risk Management e Qualità

Dr.ssa Cinzia FORMICHETTI
Coordinatrice Bed Manager
Dr.ssa Rita BONFINI

Ing. Erminio PACE
Responsabile Ingegneria Clinica

Dr. Luciano QUATTRINI
U.O.C. Acquisizione e Logistica di Beni e Servizi

R.S.A. S.Rufina
Via Salaria km. 91,800 - 02015
S. Rufina - Cittaducale (RI)
info@rsasantarufina.com -
sorattedue@legalmail.it

R.S.A.Borbona
Via Cagnano Amiterno, 2 -
02010 Borbona (RI)
sr.borbona@sanraffaele.it -
sanraffaele.fiscale@legalmail.it

R.S.A. Residenza Monte Buono
Via Maglianese, 6 - 02040
Montebuono
dgmontebuono@gmail.com -
rsamontebuono@pec.it

E p.c. REGIONE LAZIO
Dr. Alessio D'AMATO
Responsabile
Cabina di Regia S.S.R.
cabinaregiassr@regione.lazio.it

Loro Sedi

OGGETTO: Rif. Nota Prot. 617298/2017 Adempimenti PO 2016-2018 (Dca U00052/2017). Piano Aziendale "*Gestione Del Flusso Dei Ricoveri Del Pronto Soccorso In Emergenza-Urgenza E Contenimento Del Fenomeno Del Sovraffollamento*" – TRASMISSIONE "*PIANO OPERATIVO SOVRAFFOLLAMENTO*"

Facendo seguito alla nota trasmessa dalla Direzione Regionale Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management, prot. n. 617298 del 04/12/2017, si trasmette in allegato il "*Piano Operativo Sovraffollamento*".

Distinti saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Paolo Anibaldi

ac/DSA

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 –02100 RIETI – Tel. 07462781 – PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE – Direttore Dott. Paolo Anibaldi
Tel. 0746/279647 – Fax. 0746/278798 – mail: direzione.sanitaria@asl.rieti.it

PIANO OPERATIVO SOVRAFFOLAMENTO

1) Aumento dell'afflusso in PS ma non ancora in condizione di sovraffollamento (vedi parametri del piano pag 5)

Parametri di Riferimento:

- Numero totale di codici gialli rossi < 30 in PS di cui oltre 50 % barellati
- Tempo di attesa dei codici gialli < 3h
- Numero di pazienti presenti in PS oltre 12h < 10
- Numero sale Emergenza occupate da paziente instabile (non rapidamente liberabili)< 2/3
- Numero pazienti in attesa di ricovero <6;

Attività:

8 pazienti barellati (reputati stabili dal medico di PS) saranno ubicati nei locali delle sale Visita 2-3-4, munite di bocchette O2 nel corridoio dei codici bianchi e nella sala d'attesa dei codici verdi, liberando così l'area antistante alle sale di emergenza. Tali pazienti verranno controllati e monitorati da un OSS (DAPS). La privacy dei pazienti verrà tutelata mediante uso di paraventi. Ogni orai pazienti verranno controllati dal medico di OBI/MURG.

I pazienti reputati rapidamente deteriorabili rimarranno nell'area predisposta antistante le sale visita di emergenza a vista del Medico di PS.

Figure coinvolte:

- Bed Management: gestione ordinaria con aggiornamento in tempo reale;
- *OSS DAPS* spostato in PS per monitoraggio e controllo dei pazienti.
- Il medico OBI/MURG (controlla i pazienti ogni ora, salvo diversa indicazione).
- Il medico di PS attribuisce ad ogni paziente una scheda gestionale per prescrizione terapia e tempistica di monitoraggio (allegato al presente piano);
- L'eventuale intervento infermieristico è a carico del personale OBI/MURG. In caso di eisgenza una unità effettuerà le necessarie procedure.

Vantaggi:

- Evitare un eccessivo n.° di pazienti davanti alle sale del PS
- Delegare il monitoraggio del paziente a persona terza, potendo continuare la gestione ordinaria nei pazienti afferenti al PS

Logistica:

- Servizio mensa (previa valutazione e conferma da parte del medico referente
- Materiale di gestione (già presente in Sala Anchise -pannoloni, presidi,..)
- -Il personale OSS chiederà l'ausilio del personale PS per alcune particolari

Criticità:

- Gestione dei familiari (servizio civile)
- Valutazione della variazione della condizione del paziente discrezionale dell'OSS, che in caso chiama il Medico OBI
- Scheda gestionale di accompagnamento del paziente

Fase 1 A

Nelle ore notturne dei festivi e prefestivi allorché la situazione in PS superi i parametri suindicati verrà chiamato il medico reperibile.

Per eventuali trasferimenti in continuità di soccorso da PS verrà predisposto un secondo medico reperibile, da chiamare solo nel caso in cui il primo sia stato chiamato in supporto per iperafflusso.

In condizioni di sovraffollamento come da piano aziendale (pag 5)

CRITERI	INDICATORI DI SOVRAFFOLLAMENTO	
	Afflusso > 90° percentile accessi 118 > 90° percentile accessi	>35 >145
	Presenza - > 90° percentile dei presenti contemporaneamente - Saturazione dei posti di Stazionamento	>60 >50
	Esito - pazienti in attesa di ricovero/ Trasferimento da più di 24 h superiore al 20% dei ricoveri nelle ultime 24 h - pazienti in attesa di ricovero in numero superiore ai ricoveri giornalieri previsti nel piano	>2 >5

Parametri di Riferimento:

- Numero totale di codici gialli rossi > 40 in PS di cui oltre 50 % barellati
- Tempo di attesa dei codici gialli < 4h
- Numero di pazienti presenti in PS oltre 12h < 15
- Numero sale Emergenza occupate da paziente instabile (non rapidamente liberabili)< 2/3
- Numero pazienti in attesa di ricovero >10;

Il Responsabile PS/DEA comunica lo stato di sovraffollamento alla DMO che diviene responsabile delle procedure fino alla sua completa risoluzione.

Il Bed Management coadiuverà le azioni volte alla soluzione del sovraffolamento.

Azioni c/o Pronto Soccorso

Dimissione o ricovero dei pazienti ubicati in Sala 4 (OBI/MURG) entro le 3 ore e successivo accorpamento eventuale nelle altre sale. Gli ausiliari in servizio, (eventualmente coadiuvati da personale di supporto DAPS) liberano la sala dai 3 letti che saranno spostati nell'area identificata. In tale sala vengono spostate 6 barelle dall'area antistante le sale Emergenza con monitoraggio e trattamento a carico del personale OBI/MURG. Verranno identificati i pazienti a maggiore complessità e richiedenti un monitoraggio più intensivo.

Rimane sempre in funzione lo spostamento dei pazienti nell'area precedentemente descritta con sorveglianza OSS.

DMO-BED MANAGEMENT

La DMO (come da piano sovraffollamento già in uso), in accordo con il Bed Management, Direzione Aziendale e DEA, procede al blocco dei ricoveri ordinari. La variazione del numero dei posti letto con creazione di PL bis e la gestione degli appoggio presso altri reparti, verrà concordata con i reparti stessi.

Nello specifico nel periodo delle festività verrà preventivamente chiuso il reparto di Week 2 dal 22 DICEMBRE 2017 garantendo una migliore gestione di due sale discharge room del PL modificato nella destinazione d'uso, garantendo un migliore isolamento dei pazienti di area medica (potenzialmente a rischio infettivo di vario genere).

Verranno attivate tutte le strategie per allocare i pazienti che necessitano di cure secondo l'intensità delle stesse. Il reparto Medicina Fast accetterà i ricoveri anche dalle 20 alle 8 e nei giorni festivi.

Il Bed Management, in accordo con il Medico di PS, verificherà la possibilità di destinare i pazienti con bisogni di minore intensità presso UDI. I pazienti in UDI potranno soggiornare per il tempo necessario potendo superare le 4 notti.

Altra area ricettiva è la Casa della Salute di Magliano Sabina, sede di UDI dove potranno essere inviati i pazienti ad intensità intermedia, già dal 23/12/2017 4 PL UDI disponibili.

È stato predisposto l' invio in dimissione pazienti che necessitano di monitoraggio e terapia di bassa intensità presso le RSA del territorio a seconda della provenienza territoriale del paziente (2 PL in ogni struttura).

Tale sistema gestionale verrà concordato con la famiglia ed il paziente.

Il trasporto di questi pazienti alla sede di dimissione potrà avvenire a cura dei familiari (in caso di condizioni favorevoli) o mediante ambulanza di Trasporti Protetti).

La comunicazione con la struttura ospitante sarà a carico del Bed Management o del Medico di PS.

RSA Montebuono 60 PL (20 mantenimento basso per assistenza di anziani parzialmente o totalmente autosufficienti, 40 mantenimento alto per accoglienza di anziani portatori di deficit funzionali e cognitivi più gravi) (2 + 2 PL a disposizione dell'eventuale sovraffollamento del PS dal 23.12)

RSA San Raffaele di Borbona 60 PL (40 in mantenimento A, 20 mantenimento B, 18 PL aree terremoto (2 + 2 PL a disposizione dell'eventuale sovraffollamento del PS dal 23.12)

RSA Cirene di Torri in Sabina 15 PL mantenimento B

Casa della Salute Magliano Sabina 11 PL di cure intermedie ad elevata intensità infermieristica (4 PL a disposizione dell'eventuale sovraffollamento del PS dal 22.12)

Vantaggi:

- Aumento della capacità ricettiva dell'ospedale, consente di gestire la situazione di sovraffollamento migliorando la qualità di lavoro del PS;
- Aumentare la possibilità di dimissioni "protette" verso altre strutture dove è previsto monitoraggio dei pazienti, riduce di fatto i ricoveri da PS;

Logistica:

- Il il servizio trasporti protetti curerà il trasporto di questi pazienti trasferimento mediante l'ambulanza nell'orario 8:00-20:00
- Creare una scheda di valutazione di criticità del paziente da allegare alla documentazione dell'accesso di PS per tutti i pazienti e selezionare quelli per cui è strettamente necessario il ricovero ospedaliero.

Firmato

D.M.O. Presidio di Rieti

Dr. Pasquale Carducci

Dr.ssa Antonella Morgante

D.E.A. OBI/MURG

Dr. Flavio Mancini

Bed Managment

Dr.ssa Rita Bonfini

Dr.ssa Cinzia Formichetti

Staff. D.S.A.

Dr.ssa Alessandra Ferretti

Direttore Sanitario
ASL Rieti
Dr. Paolo Anibaldi

ALL. 3

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

PIANO AZIENDALE DI CONTRASTO AL SOVRAFFOLAMENTO
AGGIORNAMENTO 2018

In risposta alla richiesta di aggiornamento per l'adempimento PO 2016-2018 (DCA U00052/2017), facente riferimento al Piano Aziendale "Gestione flusso dei ricoveri dal PS in Emergenza-Urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento", si invia il Piano Sovraffollamento PS PO S. Camillo De Lellis Rieti aggiornato al 30.11.2018.

Come richiesto, si forniscono i seguenti dati:

- % di dimissione da PS a domicilio e/o a strutture ambulatoriali: 77.65;
- % di Ricoveri da PS per singola specialità:
  - Area Medica: 93.98 (comprensiva di Pediatria, Malattie infettive, Oncologia, Nefrologia);
  - Area chirurgica: 53.4 (Chirurgia Generale e d'Urgenza ed Oncologica, Vascolare, Oculistica, Ortopedia/Traumatologia, Ostetricia/Ginecologia, ORL, Urologia);
  - DEA: 74.9 (CR, Cardiologia, UTIC, UTN, Medicina d'Urgenza)*

  *Fonte ACESIS-Flusso SIO
- Degenza media dei reparti specialmente in area medica: 8.82 gg.

In relazione agli indicatori di valore soglia dei 4 indicatori per la misura del sovraffollamento del PS, si conferma che per il 2018 la ASL Rieti:

1) Valore accettabile
2) Desiderabile
3) Desiderabile
4) Desiderabile

A completamento di quanto già espresso nel piano per il sovraffollamento si esprime il seguente piano operativo.

FASE 1- Condizioni di IPERAFFLUSSO PS ma non ancora sovraffollamento (vedi parametri del piano pag 5)

Situazione in atto:

Numero totale di codici gialli/rossi in PS < 30 cui oltre 50 % barellati

Tempo di attesa dei codici gialli < 3h

Numero di pazienti presenti in PS oltre 12h < 10

Numero sale Emergenza occupate da paziente instabile (non rapidamente liberabili) < 2/3

Numero pazienti in attesa di ricovero <6.

Obiettivi:

- **Diminuire l'affollamento davanti allè sale del PS;**
- **Delegare il monitoraggio del paziente a persona terza, potendo continuare la gestione ordinaria nei pazienti afferenti al PS;**

Attività:

Fino a 14 pazienti (reputati al momento stabili dal medico di PS) vengono spostati dall'area antistante le sale visita verso un'area limitrofa al PS, dietro le sale visita. Fino a 3 pazienti saranno ubicati nella sala Visita Anchise (corredata da 2 letti tecnici e 2 bocchette per Ossigenoterapia – il 3° paziente sarà in Barella e non necessiterà di O2 terapia). 2 pazienti vengono posizionati nella sala deputata all'Emergenza Endoscopica (corredata di 2 bocchette per Ossigenoterapia). Nella sala Ebola (sala isolamento a pressione negativa, munita di 1 letto tecnico + 2 bocchette O2), qualora non in uso per stazionamento di pazienti con patologia infettiva diffusiva, vengono posizionati fino a 3 pazienti. Tale sala può essere dedicata all'accoglienza di pazienti febbrili. 6 pazienti barellati vengono spostati nella sala attesa codici verdi (non possibile somministrazione di O2 terapia). A tali pazienti verrà attribuita una scheda clinica (medica ed infermieristica) con ipotesi diagnostica, definizione di esami in corso o da completare, eventuale terapia, eventuale destinazione (ricovero/dimissione), eventuali problemi correlati all'assistenza (es. rischio di cadute, livello cognitivo, presenza o meno di Care Giver, ...). In tale scheda verranno annotate anche le osservazioni e/o la terapia prescritta dal medico OBI nella fase di controllo.

Questo spostamento consente di liberare rapidamente l'area antistante alle sale di emergenza. Tali pazienti verranno controllati e monitorati da un OSS appositamente inviato dal DAPS. La privacy dei pazienti verrà tutelata, quando possibile, mediante uso di paraventi. Ogni 2 h (prima se opportuno, su chiamata dell'OSS deputato alla sorveglianza) i pazienti verranno controllati dal medico in servizio presso OBI/MURG.

Il personale OSS addetto in monitoraggio dei pazienti dislocati dall'area centrale del PS può richiedere l'ausilio del personale PS per alcune particolari situazioni in cui è necessario il raddoppio nell'assistenza.

I pazienti reputati rapidamente deteriorabili rimarranno nell'area predisposta antistante le sale visita di emergenza a vista del Medico di PS.

Il caposala (o l'infermiere anziano in turno) provvederà all'ordine dei pasti per i pazienti presenti in PS da oltre 12 h e richiederà il potenziamento del servizio pulizia con un ulteriore passaggio h 20. Lo stesso si occuperà inoltre dell'approvvigionamento di materiale (es. Pannoloni, traverse,..) per garantire l'assistenza ad eventuali pazienti che ne abbisognano.

Il Bed Management favorirà con tutte le azioni necessarie (facilitazione delle dimissioni, utilizzo della Discharge Room, spostamento di pazienti presso UDI), concordate con la DMO, il rapido spostamento dei pazienti in attesa di ricovero, secondo priorità clinico-assistenziali e cronologia.

Sarà cura del personale che ha in carico il paziente (medico ed infermiere) tenere i contatti con familiari dei pazienti fornendo loro le informazioni.

Viene informata la DMO della situazione di iperafflusso.

Matrice delle responsabilità

	Selezione dei pazienti	Compilazione scheda clinica	Spostamento dei pazienti	Osservazione	Assistenza	Rivalutazione	Facilitazione del processo di ric/dimis	Acquisizione beni per confort	Comunicazioni
M PS	R	R	I	I			C		R
I PS	R	R	R	I					R
A/OSS PS	I		R	I	R				C
OSS DAPS	I	I	I/R	R	R				
Medico OBI	I	I/R		I		R	C		
C S	I	I	I	I	C			R	
Mensa								R	
Farmacia								R	
Magazzino								R	
Guardaroba								R	
Pulizie								R	
R PS/DEA	I	I	I						C
DMO			I				I/C		
B M	I	I	I				R		
UU.OO. A D							R/C		

I =INFORMATO C=COINVOLTO R=RESPONSABILE

Fase 1 A – Notturno e Festivo

Nelle ore notturne dei festivi e prefestivi quando la situazione in PS supera i parametri suindicati, verrà chiamato in PS il medico reperibile, a supporto per la gestione dell'afflusso.

Condizioni di sovraffollamento come da piano aziendale (pag 5)

CRITERI	INDICATORI DI SOVRAFFOLLAMENTO	
	Afflusso > 90° percentile accessi 118 > 90° percentile accessi	>35 >145
	Presenza - > 90° percentile dei presenti contemporaneamente - Saturazione dei posti di Stazionamento	>60 >50
	Esito - pazienti in attesa di ricovero/ Trasferimento da più di 24 h superiore al 20% dei ricoveri nelle ultime 24 h - pazienti in attesa di ricovero in numero superiore ai ricoveri giornalieri previsti nel piano	>2 >5

Situazione in atto:

Numero totale di codici gialli rossi >40 in PS di cui oltre 50 % barellati
Tempo di attesa dei codici gialli > 4h
Numero di pazienti presenti in PS oltre 12h > 15
Numero sale Emergenza occupate da paziente instabile (non rapidamente liberabili) ≥ 2/3
Numero pazienti in attesa di ricovero>10;

Il Responsabile di PS/DEA dichiara lo stato di sovraffollamento alla DMO che diviene responsabile delle procedure fino alla sua completa risoluzione. Su indicazione della DMO, in presenza di tale condizione, il Responsabile PS/DEA può richiedere alla CO Ares modifica dei bacini di afferenza (qualora possibile). Tale richiesta sarà valutata in base alla situazione complessiva della Rete di Emergenza e, comunque, non includerà le patologie tempo-dipendenti.

Il Bed Management coadiuverà le azioni volte alla soluzione del sovraffollamento.

Attività c/o PS/DEA

I pazienti in OBI vengono dimessi nel più breve tempo possibile, nei limiti della sicurezza dello stato di salute,

La Sala Gessi di PS viene utilizzata come Discharge Room del PS.

La 4° sala OBI viene liberata dai letti e destinata ad accogliere fino a 6 barelle (3 postazioni O2 terapia). In questa sala verranno spostati i pazienti che necessitano di assistenza più intensiva, che sono meno stabili, che necessitano di monitoraggio ECG e/o multiparametrico. Vengono affidati alle cure del personale OBI-MURG. Ad ogni paziente viene attribuita una scheda clinica (vedi sopra)

Questo passaggio si aggiunge a quanto già definito nel punto "iperafflusso"

DMO-BED MANAGEMENT

La DMO (come da piano sovraffollamento già in uso), in accordo con il Bed Management, Direzione Aziendale e DEA, procede al blocco dei ricoveri ordinari. La variazione del numero dei posti letto con creazione di PL bis e la gestione degli appoggio presso altri reparti, verrà concordata con i reparti stessi.

Nel frattempo,in situazione di sovraffollamento, con pazienti in attesa di ricovero da PS da oltre 12 h, può essere presa in considerazione la variazione di destinazione di alcuni PL di area chirurgica (qualora disponibili) individuati in stanze dedicate, selezionando pazienti che non mettano a rischio i degenti di area chirurgica.

Matrice delle responsabilità

Attori	Selezione pazienti	Compilazione scheda clinica	Spostamento pazienti	Osservazione	Assistenza	Rivalutazione	Facilit processo di ric/dimiss blocco Ricoveri Ordinari	Acquisizione beni per confort	Dichiarazione stato di sovraffollamento	Predisposizione variazione locali PS	Com un CO Ares	Variazione destinazione PL
M PS	R	R	I	I	C					I		
I PS	R	R	R	I	C					I		
A/OSS PS	I		R	I	C					R		
OSS DAPS	I	I	I/R	R	R							
M OBI	I	I/C		I		R				R		
C S	I	I	I	I				R		R		
Mensa								R				
Farmacia								R				
Magazzino								R				
Guardaroba								R				
Pulizie								R				
R PS/DEA	I		I					I	R	R	R	I
DMO			I				R		R	I		R
B M	I	I	I				R		I	I/C		R
UU.OO. A D							I			I		I/C

POSSIBILITA' DI AMPLIAMENTO DELLA CAPACITA' RICETTIVA

Obiettivi:

- Aumentare il numero dei PL disponibili per decongestionare il PS;

- Ridurre i Pazienti in attesa di ricovero al PS ;

- Aumentare la capacità ricettiva del PS;

- Migliorare la sicurezza della dimissione, affidando il paziente a Strutture a minore intensità (ove possibile);
- Ridurre i ricoveri da PS verso Aree di Degenza riservando il ricovero ai pazienti a corretta necessità di intensità di cura (no ricoveri sociali,...).

Nel V piano Area chirurgica, limitrofa all'UDI viene instituita una Holding Area con almeno 8 posti letto e reperimento del personale da parte del DAPS.

Sarà possibile dislocare i pazienti in attesa di ricovero da PS presso questi letti tecnici, dando in carico l'osservazione ed il percorso di cura all'area medica individuata con criterio di alternanza.

La criticità del paziente verrà valutata mediante l'utilizzo di scheda TRICO. I pazienti potranno essere inseriti in HA soltanto nelle ore diurne, previa supervisione del Bed Management.

Verranno selezionai pazienti a minore complessità assistenziale e minore gravità, riservando il PL in Area di Degenza ai pazienti meno stabili e a gestione più complessa.

L'UDI verrà utilizzata per favorire la dimissione dei pazienti da Aree di degenza.

Qualora il tasso di occupazione dell'UDI ospedaliera superasse l'80% verrà preso in considerazione l'invio presso Casa della Salute di Magliano Sabina.

Sarà possibile inviare i pazienti presso la Degenza Infermieristica della Casa della Salute di Magliano Sabina anche direttamente da PS, purché ad intensità intermedia e previa valutazione TRICO e del Bed Management.

Qualora il trasporto di questi pazienti alla sede di dimissione non fosse garantito dal Caregiver (familiare) lo stesso potrà avvenire mediante ambulanza di Trasporti Protetti, in un'ottica di ottimizzazione (un'ambulanza per 2 pazienti).

Sarà cura del Bed management nell'orario di presenza e del Medico di PS nel restante periodo, contattare precocemente i trasporti protetti con modulistica apposita già in uso per consentire l'organizzazione del trasporto.

La comunicazione con la struttura ospitante sarà a carico del Bed Management o del Medico di PS.

Il trasporto del paziente sarà possibile solo al mattino entro le h 13 (per organizzazione interna della Casa della Salute).

Matrice delle responsabilità

	Attivazione HA	Reperimento personale	Compliazione TRICO	Invio in HA	Trasporto	DI Magliano	Attivazione e trasferimento	Trasferimento presso DI	Compliazione TRICO
DMO	R					XXXXX	I/R		
Bed Managment	C			C		XXXXX	I/R		
DAPS		R				XXXXX			
M PS				R		XXXXX	R	R	
I PS			R			XXXXX			R
A/OSS PS				R	R	XXXXX			
UU.OO AD						XXXXX			
T P (Ambulanza)					R	XXXXX	R	I/C	
DEC Trasporti						XXXXX	R	I	
CS Magliano						XXXXX	R		

In successione, potranno essere eventualmente valutate le disponibilità di PL presso le RSA che insistono sul territorio della ASL

RSA S. Rufina 70 PL

RSA Montebuono 60 PL

RSA San Raffaele di Borbona 60

RSA Cirene di Torri in Sabina 15 PL

Abbreviazioni

M PS	– Medico di Pronto Soccorso
I PS	- Infermiere di Pronto Soccorso
Au-OSS PS	- Ausiliario- OSS di PS
OSS-DAPS	- Operatore Socio Sanitario del Dipartimento Professioni Sanitarie
M OBI	- medico dell'OBI
C S	- Caposala
R PS/DEA	- Responsabile PS/DEA
DMO	- Direzione Medica Ospedaliera
BM	- Bed Management
UU.OO. A D	- Unità Operative delle Aree di Degenza
T P	- Trasporti Protetti
HA	- Holding Area
CS Magliano	- Casa della Salute Magliano Sabina
DI	- Degenza Infermieristica