



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 03/11/2009

=====

ADDI' 03/11/2009 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MONTINO	Esterino	Vice Presidente	MARUCCIO	Vincenzo	Assessore
COPPOTELLI	Anna Salome	Assessore	NIERI	Luigi	"
DALIA	Francesco	"	PARRONCINI	Giuseppe	"
DI CARLO	Mario	"	RODANO	Giulia	"
DI LIEGRO	Luigina	"	SCALIA	Francesco	"
DI STEFANO	Marco	"	TIBALDI	Alessandra	"
FICHERA	Daniele	"	VALENTINI	Daniela	"
MANCINI	Claudio	"	ZARATTI	Filiberto	"

ASSISTE IL SEGRETARIO: Paolo IACONIS

\*\*\*\*\* OMISSIS

ASSENTI: COPPOTELLI - DALIA - DI STEFANO - MANCINI - RODANO - TIBALDI

DELIBERAZIONE N. 821

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".



**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".

## LA GIUNTA REGIONALE

**SU PROPOSTA** del Vice Presidente

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

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

**VISTO** il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta";

**VISTO** il Decreto n. T0052 del 13 febbraio 2009 con oggetto "Attribuzione al Vice Presidente della Regione Lazio delle competenze inerenti al settore organico sanità";

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

**VISTE** le note fornite da Laziosanità ASP e dalle Organizzazioni Sindacali di Categoria che documentano il costante fenomeno del sovraffollamento dei Pronto Soccorso e la conseguente difficoltà nel reperimento di posti letto dedicati alle emergenze;

**VALUTATA** e condivisa con gli operatori sanitari la consapevolezza che i problemi di gestione dei flussi di pazienti che quotidianamente si presentano nei Pronto Soccorsi ospedalieri, per trovare una risposta ai propri bisogni di salute, non rappresentano una criticità esclusiva dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione, ma interessano l'Ospedale nella sua interezza;

**CONSIDERATO** che una specifica organizzazione per la gestione dei posti letto ospedalieri si pone come strumento operativo in grado di migliorare la capacità di rendere disponibili i posti letto all'interno dei reparti ospedalieri in modo più veloce e con un maggior livello di sicurezza e di confort per i pazienti;

**VISTA** la Determinazione dirigenziale del 14 maggio 2009 n. D 1327 "Istituzione Gruppo di Lavoro regionale tecnico scientifico di supporto all'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca per le attività legate al sistema dell'emergenza sanitaria" e la successiva Determinazione Dirigenziale del 9 giugno 2009, n. D1637 "modificazione della composizione del Gruppo di Lavoro regionale tecnico scientifico di supporto all'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca per le attività legate al sistema dell'emergenza sanitaria, istituito con Determinazione n. D1327 del 14 maggio 2009";

**RILEVATO** che il Gruppo di Lavoro ha ritenuto prioritaria l'elaborazione di un documento che, visto il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, fornisca uno strumento operativo in grado di risolvere il problema della indisponibilità di posti letto per l'emergenza nei reparti ospedalieri, rendendo più efficace ed efficiente l'attività dei Pronto Soccorso e dell'intero Presidio Ospedaliero;

**VISTO** il documento prodotto dal Gruppo di Lavoro "Contributo del Gruppo di Lavoro alla soluzione dei problemi nell'assistenza in Pronto Soccorso"



821 - 3 NOV. 2009 *fr*

**RITENUTO** che tale documento, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, corrisponde alle finalità individuate dalle Direzione Regionale Programmazione Sanitaria al fine di migliorare ulteriormente l'efficacia e l'efficienza nelle attività dei Pronto Soccorso;

**ATTESO** che il presente provvedimento non è soggetto alla procedura di concertazione con le Parti sociali;

All'unanimità

### DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che si intendono integralmente recepite:

di approvare il documento allegato, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, prodotto dal Gruppo di Lavoro "Contributo del Gruppo di lavoro regionale tecnico scientifico di supporto all'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca per le attività legate al sistema dell'emergenza sanitaria: attivazione delle funzioni di "facilitatore dei processi di ricovero e dimissione", al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle attività dei Pronto Soccorso Regionali;

di individuare la funzione del "Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione" in capo alle Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero delle strutture pubbliche e private accreditate della Regione Lazio secondo le modalità ed i criteri contenuti nel citato documento allegato;

Le strutture pubbliche e private accreditate che soddisfino i criteri di eleggibilità per l'attivazione del servizio di "facilitazione dei processi di ricovero e dimissione" elencati nel documento allegato daranno seguito a quanto previsto nel documento con propria deliberazione entro i termini previsti dallo stesso documento ed invieranno alla Direzione Programmazione Sanitaria copia dell'atto/documento di attuazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.



IL VICE PRESIDENTE: F.to Esterino MONTINO  
IL SEGRETARIO: F.to Paolo IACONIS

ROMA 5 NOV. 2009





Allegato

**Contributo del Gruppo di lavoro regionale tecnico scientifico di supporto all'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca per le attività legate al sistema dell'emergenza sanitaria: attivazione delle funzioni di "facilitatore dei processi di ricovero e dimissione"**

**PREMESSA**

Le caratteristiche della domanda di assistenza in emergenza urgenza hanno fatto registrare, da alcuni anni, sensibili modifiche. Si assiste, infatti, ad una evoluzione della domanda di assistenza in emergenza urgenza tesa ad ottenere risposte diagnostico-terapeutiche in tempo reale e sempre più complesse che non è possibile disattendere.

Considerata la necessità di sgravare i medici di Pronto Soccorso/DEA dalle funzioni organizzative della gestione dei posti letto, si ritiene opportuno centralizzare tale funzione a livello di Direzione Sanitaria.

Il problema dell'indisponibilità dei posti letto per le urgenze è un problema strutturale in ragione della distribuzione dei posti letto che vede una concentrazione di strutture, pubbliche e private, nella zona nord della città di Roma, con gravi carenze in altre aree della città e nelle province. La distribuzione dei Pronto Soccorso (P.S.) e dei DEA per area geografica e livello di complessità è riassunta nella tabella 1.

**Tabella 1. Distribuzione dei PS/DEA per zona geografica e livello di complessità assistenziale - anno 2009 (fonte: dati ASP 2009)**

ASL	Specialistico	PS	DEA I	DEA II	Totale
RMA	2		1	2	5
RMB		2	1		3
RMC			2		2
RMD			1	1	2
RME	1	3	3	2	9
RMF		1	1		2
RMG		4	1		5
RMH		3	2		5
VT		3	1		4
RI		2	1		3
LT	1	5	1	1	8
FR		4	2		6
Totale	4	27	17	6	54

Tale problema di natura strutturale deve trovare soluzioni organizzative sia a livello dei singoli istituti, implementando strategie di maggior efficacia ed efficienza, sia a livello di sistema regionale intervenendo sui luoghi dell'offerta, sulle dinamiche degli accessi e del deflusso dei pazienti dall'area dell'emergenza. Un'ulteriore criticità è

rappresentata dalla concentrazione nei soli ospedali romani di risorse, tecnologie e procedure di alta specialità.

Si rileva altresì un'eccessiva eterogeneità delle diverse strutture di Pronto Soccorso/DEA, caratterizzate da percentuali molto diverse di ricovero non del tutto giustificate da differenze epidemiologiche negli accessi e dalla complessità delle strutture.



5. individuare locali e soluzioni organizzative atte ad attivare la "discharge room" secondo le caratteristiche dell'allegato 2
6. certificare il reale stato di occupazione dei posti letto, indispensabile anche a fini medico-legali;
7. individuare e proporre alla Direzione strategica soluzioni percorribili per il conseguimento degli obiettivi di cui ai punti precedenti.

### REQUISITI PER L'ATTIVAZIONE

L'istituzione del FACILITATORE è prevista negli Ospedali sede di DEA di I e II livello e negli Ospedali che abbiano comunque almeno 40.000 accessi al P.S. annui, fatte salve eventuali deroghe autorizzate dalla Direzione Programmazione Sanitaria Regionale.

### FUNZIONE ORGANIZZATIVA

Il Facilitatore dovrà provvedere alla:

- Raccolta e verifica dei report di posti letto liberi, almeno tre volte al giorno, con relativa certificazione. Qualora le condizioni organizzative lo consentano, ed in particolare collegamenti informatici tra reparti e servizi, è da preferire una rilevazione quotidiana seguita da aggiornamenti in tempo reale delle variazioni intervenute.
- Gestione del flusso dei trasferimenti in presidi a più bassa intensità di cura.
- Conoscenza della situazione di pazienti dimissibili nelle successive 24 ore.
- Supervisione o gestione diretta dei trasferimenti interni ed esterni (in considerazione delle soluzioni organizzative locali e di rete presenti).
- Individuazione di personale non addetto all'assistenza diretta per la gestione delle comunicazioni (via informatica/fax) per quanto riguarda il trasferimento del paziente all'interno o all'esterno della struttura.
- Allocazione temporanea del personale medico e delle professioni sanitarie in ragione delle necessità di sovraccarico assistenziale.
- Facilitazione del trasporto a domicilio in caso di dimissioni difficili.
- Implementazione dei percorsi di dimissione protetta con presa in carico al CAD (Centro Assistenza Domiciliare), in collaborazione con il servizio sociale.
- Gestione letti e spazi per pazienti con patologie trasmissibili.
- Organizzazione e trasferimento di pazienti dimissibili in area di attesa con caratteristiche non di degenza secondo il modello della "discharge room" (allegato 2).
- Individuazione dei cosiddetti "frequent users" (pazienti non autosufficienti, pazienti affetti da patologia croniche, anziani fragili che ricorrono spesso al PS), affinché vengano definiti percorsi assistenziali specifici, sia in ambito di pronto soccorso/ ipartimento di emergenza sia raccordandosi in collaborazione con le altre UUOO aziendali competenti per l'attivazione i servizi di assistenza territoriali dedicati.

In considerazione delle esigenze derivanti dalla prevista pandemia influenzale, le Aziende entro 45 giorni dalla data di approvazione del presente documento dovranno recepire le indicazioni del presente documento ed approvare specifici Protocolli Attuativi da sottoporre a ratifica da parte



della Direzione Programmazione Sanitaria. L'atto di recepimento ed i protocolli attuativi dovranno essere resi disponibili sul sito web aziendale.

Appare opportuno definire a livello regionale criteri di priorità cui faranno riferimento le Aziende nell'elaborare i Protocolli di cui sopra. Questi dovranno tener conto delle caratteristiche della struttura salvaguardando i ricoveri d'urgenza senza ovviamente negare ai cittadini il diritto a trattamenti in elezione che, anche quando non urgenti, possono incidere profondamente sulla loro qualità di vita. A tale riguardo si rinvia all'allegato n. 1, parte integrante del presente documento.

## **FUNZIONE FORMATIVA**

Le Aziende, in collaborazione con la Regione, dovranno garantire al personale coinvolto nella funzione di Facilitatore un adeguato percorso formativo con l'obiettivo di fornire strumenti idonei a svolgere l'incarico anche sulla base delle esperienze più avanzate nel Lazio ed in altre regioni.

## **ASPETTI GESTIONALI**

L'entità delle risorse da impiegare nell'attivazione di questa funzione e l'orario di attività verranno definiti sulla base della dimensione/complessità della struttura. Il servizio di facilitazione dei processi di ricovero e dimissione è attivo almeno H12 per 6 giorni a settimana, fatte salve eventuali deroghe autorizzate dalla Direzione Programmazione Sanitaria Regionale.

## **VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA FUNZIONE DI "FACILITATORE DEI PROCESSI DI RICOVERO E DIMISSIONE"**

La valutazione dell'impatto dell'implementazione della funzione del Facilitatore, verrà effettuata da Laziosanità ASP a 6 e 12 mesi dall'inizio dell'attività, e successivamente con cadenza annuale, basandosi sui dati resi disponibili dai flussi informativi.

Gli indicatori utilizzati comprendono almeno:

1. Tempo medio di attività per pazienti con esito ricovero, divisi per codice di triage;
2. Tempo trascorso tra decisione di ricovero ed effettuazione del ricovero (dato che sarà disponibile solo dopo modifica GIPSE)
3. % ricoveri in reparti non di competenza e/o in appoggio (dato che sarà disponibile solo dopo modifica GIPSE)
4. % di dimissioni prima delle ore 14 su totale per reparto
5. % di dimissioni di sabato e domenica su totale settimanale per reparto
6. Valutazione della qualità percepita mediante questionario degli operatori sanitari dei servizi di pronto soccorso e responsabili dei reparti di area critica
7. tempo di fermo automezzi di soccorso per singola struttura (dato fornito da ARES 118)

I risultati di tali valutazioni verranno trasmessi alle Direzioni Generali delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie e alla Direzione Programmazione Sanitaria Regionale.

VERIFICA DELL' ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONE DI  
"FACILITATORE DEI PROCESSI DI RICOVERO E DIMISSIONE"

Entro 45 giorni dall'approvazione della Delibera Regionale le Aziende dovranno documentare l'attività svolta per l'implementazione nella propria realtà della funzione di Facilitatore; con relazione del Direttore Generale al Direttore della Programmazione Regionale dovranno documentare:

- se sia stata attivata la funzione di Facilitatore ed inviare gli atti approvati;
- a chi sia stato attribuito l'esercizio della funzione e l'eventuale organizzazione del servizio;
- le figure professionali impiegate divise per qualifica e con la definizione dei compiti di ciascuno;
- l'orario di attività;
- l'approvazione di un Protocollo Ricoveri Aziendale e/o di singola struttura e di rete, finalizzato al recepimento, a livello aziendale/locale, di tutte le indicazioni di cui al presente provvedimento;
- gli indicatori scelti per la valutazione di impatto e l'eventuale definizione di standard;

ALLEGATO N.1

**CRITERI DI PRIORITA' PER IL RICOVERO E CENTRALIZZAZIONE DEI  
RICOVERI DI ELEZIONE**

Le Aziende nel definire il proprio Protocollo Ricoveri dovranno tener conto di:

- complessità (Policlinico Universitario, Ospedale Azienda etc)
- ruolo all'interno della Rete dell'Emergenza e nelle reti di Specialità, con particolare riguardo al ruolo di Hub
- dimensioni e tipologia dei reparti

Le Aziende potranno eventualmente discostarsi da alcuni dei presenti criteri motivandone la decisione e richiedendo specifica deroga alla Direzione Programmazione Regionale.

I criteri di priorità da adottare sono i seguenti:

1. ricovero nel Reparto di competenza dell'Ospedale
2. trasferimento in Reparto di competenza di altro Ospedale, dando la priorità, a quelle della stessa Azienda, ed a quelle pubbliche rispetto alle accreditate;
3. per i pazienti (pz) per i quali dopo 24 ore dalla decisione di ricovero non sia stato trovato posto letto nel Reparto di Competenza dello stesso o di altri Presidi, si provvederà al ricovero nel Reparto di competenza prioritariamente rispetto ai ricoveri d'elezione o, in subordine, a ricoverarlo provvisoriamente in altro letto dell'Ospedale tenendo conto della disponibilità di posto letto e delle caratteristiche cliniche dei pazienti. Ove il ricovero sia avvenuto in quest'ultima condizione, con modalità organizzative che ogni Azienda definirà all'interno del Protocollo Ricoveri, il trasferimento al reparto di competenza è considerato prioritario rispetto all'elezione.
4. I pazienti giudicati trasferibili dal Centro di Rianimazione (CR) o altra Terapia Intensiva (TI) ad altro reparto di degenza sono trasferiti con modalità definite dal Protocollo Ricoveri. Tali ricoveri hanno la priorità sia rispetto all'elezione che al paziente proveniente da PS.

In caso di divergenza d'opinione tra il Medico del CR/TI e quello del reparto accettante, è da ritenersi prevalente il parere del medico dell'UO di Rianimazione/Terapia Intensiva.

I casi su cui si verifica una divergenza tra i vari specialisti saranno oggetto di "case review" presso la Direzione Sanitaria di Presidio

5. Per i pz inviati al centro Hub per i quali sono venute meno le condizioni per la degenza in tali strutture ad elevata complessità organizzativa, è previsto il rientro all'Ospedale inviante secondo quanto previsto dall'allegato 3

6. le strutture di Lungodegenza/riabilitazione, nei casi in cui debbano trasferire in condizioni di emergenza/urgenza un pz in Ospedale per acuti, dovranno tenere a disposizione dello stesso Ospedale un posto letto che questo potrà occupare entro 12 ore con paziente con equivalenti bisogni diagnostico-assistenziali secondo quanto previsto dall'allegato 4.

8. il facilitatore dovrà concordare con il medico di reparto l'elenco dei pazienti da ricoverare in elezione tenendo conto di quelli presenti in PS in attesa di ricovero, di quelli provenienti dalla rianimazione e delle eventuali esigenze di trasferimento dal centro Hub di cui al punto 5.

Per quanto riguarda i ricoveri di elezione in area chirurgica costituiscono criteri di priorità :

- gradazione del livello di urgenza in base alla severità della patologia sottoscritto dal direttore della UOC;
- pz preospedalizzati, ed in particolare quelli sottoposti a prelievo per autotrasfusione;
- pz in lista operatoria nei due giorni successivi alla proposta di ricovero;

ALLEGATO N. 2

## CRITERI PER L'ATTIVAZIONE DELLA DISCHARGE ROOM

Nell'ambito del miglioramento dei flussi intraospedalieri di accettazione e dimissione dei pazienti, la discharge room ("stanza delle dimissioni") costituisce uno strumento operativo in grado di liberare posti letto all'interno dei reparti in modo più veloce. Ciò risponde all'esigenza di armonizzare il flusso in uscita dei pazienti dimessi dai reparti di degenza con le esigenze di nuovi pazienti da ricoverare dal pronto soccorso.

Dal punto di vista organizzativo i locali adibiti a discharge room:

- devono essere preferibilmente collocati vicino ad una delle uscite dell'Ospedale raggiungibili dall'esterno anche con mezzi privati;
- dotati di elevato confort ambientale (TV, spazio ristoro, servizi igienici dedicati etc.);
- devono poter ospitare i pazienti dimessi dai reparti in base alle diverse esigenze assistenziali ( pazienti deambulanti, non deambulanti ed in barella)
- vi opera personale infermieristico ed ausiliario in H12 che ha il compito di prendere in carico e prelevare dai reparti i pazienti dimessi, in attesa di essere affidati ai familiari, tenere i contatti anche telefonici con i familiari stessi, attiyare con la Direzione Sanitaria di Presidio il trasporto a domicilio mediante ambulanza dei pazienti che ne dovessero avere bisogno per le loro condizioni di non autonomia.

SECRET  
REG. LA  
ERIA

ALLEGATO N. 3

**RINVIO DI PAZIENTI DAI CENTRI HUB AGLI OSPEDALI DI PROVENIENZA**

Ribadendo quanto già stabilito con DGR 420/07, le Direzioni Sanitarie aggiornano i protocolli operativi intra area, ove se ne rilevi la necessità, stabilendo:

- che per i pz inviati al centro Hub per i quali siano venute meno le condizioni per la degenza in tali strutture ad elevata complessità organizzativa, è previsto il rientro all'Ospedale inviante secondo modalità condivise tra il centro Hub ed centri Spoke ad esso riferiti all'interno dei singoli bacini per le diverse Reti (Stroke, Trauma, IMA etc).
- a chi spetti la responsabilità di stabilire che il pz possa tornare alla struttura di provenienza definendo la tipologia di Reparto accettante;
- a chi spetti il compito di tenere i contatti tra il centro Hub ed i centri Spoke;
- con quali modalità vengano gestiti richieste e risposte (telefono, fax, mail etc)
- che il rientro del pz presso il centro Spoke dovrà comunque avvenire con priorità rispetto ai ricoveri d'elezione.

ALLEGATO N. 4

**INVIO DI PAZIENTI DALLE STRUTTURE DI LUNGODEGENZA/RIABILITAZIONE AL PRONTO SOCCORSO**

Le strutture di Lungodegenza/riabilitazione, nei casi in cui debbano trasferire in condizioni di emergenza/urgenza un paziente in Ospedale per acuti, dovranno tenere a disposizione dello stesso Ospedale un posto letto che questo potrà occupare entro 12 ore rinviando lo stesso paziente, se le condizioni lo consentono, o con paziente con equivalenti bisogni assistenziali. E' responsabilità del medico inviante che i bisogni assistenziali all'atto della dimissione siano congrui con la tipologia di ricovero in lungodegenza/riabilitazione.

Il paziente dovrà giungere in Pronto Soccorso con copia della documentazione clinica comprendente almeno:

- copia della documentazione inviata insieme al pz al momento del ricovero nella struttura di lungodegenza/riabilitazione
- raccordo anamnestico contenente notizie sull'evoluzione del quadro clinico, dei principali accertamenti strumentali e di laboratorio;
- motivo dell'invio al Pronto Soccorso e recapito del Medico inviante per eventuali chiarimenti.

Qualora il Pronto Soccorso o altro Servizio/Reparto dell'Ospedale intenda occupare il posto lasciato a disposizione nella struttura di Lungodegenza/riabilitazione dovrà far pervenire a quest'ultima, non oltre le 12 ore successive all'arrivo del paziente, una richiesta contenente, oltre alla documentazione prevista dalla normativa per la tipologia specifica di ricovero, anche il riferimento al fatto che il ricovero avviene su posto letto reso disponibile a seguito di invio al PS. Il trasferimento del paziente con equivalenti bisogni diagnostico-assistenziali dall'Ospedale alla struttura di lungodegenza/riabilitazione dovrà essere completato entro e non oltre 24 ore da quando si sia reso disponibile il posto letto presso la struttura di Lungodegenza/riabilitazione.

Nei casi in cui il trasferimento non rivesta carattere di urgenza e sia legato al motivo che ha generato l'episodio di ricovero da cui è derivato il trasferimento in Lungodegenza o Riabilitazione (ad esempio lussazione o infezione in pz operati per protesi d'anca, scompenso in pz cardiocirurgici etc) il paziente dovrà essere rinvio da parte della struttura di Lungodegenza/riabilitazione all'Ospedale di provenienza e non a quello più vicino; questo



migliorerà la gestione del caso clinico, comporterà risparmio di risorse in quanto nella struttura di provenienza sono disponibili gli accertamenti già eseguiti ed indurrà maggior appropriatezza nell'invio alle strutture che gestiscono la post acuzie.



**LAZIO**  
ale  
sanitaria

Handwritten signature or initials in the bottom right corner, appearing to be 'LS'.