

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 30 luglio 2026, n. G10717

Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero" (Det. n. G15959/2022).

OGGETTO: Revisione del “*Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero*” (Det. n. G15959/2022).

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

SU PROPOSTA del Dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

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

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

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

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 21 maggio 2026, n. 395 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Andrea Urbani;

VISTO l’Atto di organizzazione del 29 dicembre 2025, n. G17798 di conferimento alla Dott.ssa Eleonora Lo Cascio dell’incarico di dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, ai sensi del combinato disposto dell’art. 162 e dell’allegato “H” del Regolamento di organizzazione degli Uffici e dei Servizi della Giunta regionale n. 1/2002 e successive modificazioni;

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

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

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale del 12 giugno 2007 n. 420: “Modifica ed integrazione della deliberazione di Giunta regionale del 14 aprile 2007, n. 267. Ridefinizione della rete e dell’offerta dei servizi ospedalieri (intervento 1.2.4 Piano di Rientro). Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento 1.2.5 Piano di Rientro)” e n. 169 del 21 marzo 2008, “Linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento 1.2.5 Piano di Rientro)”;

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

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 10 novembre del 2010 n. U00090 “Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli

Accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3”;

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

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

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

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

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

VISTA la Deliberazione del 23 luglio 2026, n. 610: “Approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici del ruolo unico di assistenza primaria in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 15 gennaio 2026”;

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

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

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

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

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

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

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

VISTA la determina n. G11799 del 13 ottobre 2020: Approvazione del "Piano di Rete Ictus" - in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR) e successiva determinazione n. G01837 del 14 febbraio 2025: “Revisione del Piano di Rete Ictus (Determinazione n. G11799/2020) - in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR)”;

VISTA la determina n. G15438 del 15 dicembre 2020: “Approvazione del Piano di Rete Trauma Grave – in attuazione dell’Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR) e successive determinazioni n. G01810 del 13 febbraio 2025: “Revisione del Piano di Rete per il Trauma Grave (Determinazione n. G15438/2020) in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Repertorio Atti n. 14/CSR)”e n. G09098 del 3 luglio 2026: “Approvazione del documento “Ottimizzazione del Percorso Assistenziale dei Pazienti con Lesione Midollare” e integrazione del Piano di Rete Regionale per il Trauma Grave di cui alla determinazione regionale n. G01810 del 13 febbraio 2025”;

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

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

VISTO l’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atti n. 143/CSR);

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

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 12 settembre 2019 n. U00378 “*Approvazione "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore)" in*

attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR))” e successiva Determinazione n. G01369 del 6 febbraio 2023 “Revisione del "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore) - DCAU00379/2019”;

VISTA la Determinazione n. G07527 del 13 giugno 2025: “Aggiornamento ed integrazione determinazione n. G16185 del 12 dicembre 2018: Attuazione DGR n. 626 del 30 ottobre 2018 “Programma di miglioramento e riqualificazione (art. 1, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232) Intervento 2.1 Telemedicina nelle Reti Ospedaliere dell’Emergenza. Attivazione della piattaforma “ADVICE” per il teleconsulto fra centri “Hub” e “Spoke” delle Reti dell’Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive” - estensione dell’applicativo alle Aree di attività dell’assistenza ospedaliera da reparto”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale del 10 luglio 2025 n. 587 e s.m.i. di aggiornamento del “Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 621 del 17 luglio 2025: “Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care”;

VISTA la Determinazione n. G09333 del 18 luglio 2025: “Piano di miglioramento della mobilità sanitaria della Regione Lazio 2025-2027, in attuazione del Programma Operativo 2024-2026”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 1263 del 18 dicembre 2025: “Determinazione del finanziamento da assegnare alle strutture pubbliche e private accreditate per lo svolgimento delle funzioni assistenziali ex art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., in applicazione della metodologia approvata con la DGR n. 1083 del 13 dicembre 2024 e s.m.i. e conseguente integrazione del livello massimo di finanziamento a copertura dei maggiori costi sostenuti dalle strutture private accreditate per lo svolgimento delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per l’anno 2025 – Esercizio 2025”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 115 del 5 marzo 2026: “Approvazione del Documento Tecnico: “Programmazione della rete ospedaliera 2026-2028 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

VISTO il DCA U00453 del 30 ottobre 2019: “*Approvazione del documento denominato “Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”* in attuazione dell’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. Atto n. 143/CSR);

VISTA la successiva Determina n. G15959 del 18 novembre 2022: “Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019);

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

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

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

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

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

RITENUTO opportuno fornire ulteriori indicazioni da inserire nella revisione del “*Piano regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero*” utili per implementare, a livello regionale, azioni di contrasto al fenomeno del sovraffollamento dei servizi di P.S. per un miglioramento complessivo delle attività del Pronto Soccorso;

RITENUTO pertanto, di dover procedere alla revisione del “*Piano regionale per la gestione del Flusso di Ricovero*” di cui alla Determinazione n. G15959/2022;

VISTA la revisione del documento “*Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero*”, di cui alla Determinazione n. G15959/2022, elaborato dalla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitarie con il supporto delle Direzioni Aziendali sede di PS/DEA e della UOC Coordinamento Reti di Patologia – ARES 118;

CONSIDERATO che il documento risulta coerente con quanto stabilito dall’Accordo della Conferenza Stato-Regione del 1° agosto 2019 – Rep. Atti n. 143/CSR;

CONSIDERATO che il documento è stato condiviso con le Direzioni Sanitarie delle strutture del SSR;

RITENUTO di approvare la revisione del “*Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero*”, come da atto allegato, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determina, sostituendosi al precedente Piano di cui alla determinazione n. G15959/2022;

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

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa

1. di approvare la revisione del “*Piano regionale per la Gestione del flusso di Ricovero*” come da atto allegato, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determina, sostituendosi al precedente Piano di cui alla Determinazione n. G15959/2022;
2. di stabilire che le Aziende e gli Enti del SSR dovranno:
 - recepire il “*Piano regionale per la gestione del flusso di Ricovero*” con proprio atto deliberativo, dandone riscontro alla Direzione Salute ed integrazione sociosanitaria;

- aggiornare annualmente il Piano Aziendale per la gestione del flusso di ricovero con proprio atto deliberativo, secondo le indicazioni del Piano regionale di cui al punto 1 e trasmetterlo alla Direzione Regionale entro il 15 novembre di ogni anno;
- attuare, per quanto di competenza, le azioni previste nel Piano regionale così revisionato;
- garantire la massima diffusione del presente atto agli operatori interessati.

Il Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà all'adozione di tutti gli atti necessari all'attuazione del presente atto.

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

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

Il Direttore
Andrea Urbani



REGIONE
LAZIO

Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero

Luglio 2026

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Indice

Principi.....	4
Analisi del contesto epidemiologico.....	5
SEZIONE A – PIANO REGIONALE.....	7
Governio Clinico.....	7
Coordinamento Regionale	7
Coordinamento Aziendale	9
Percorsi Aziendali.....	11
Preparazione e Risposta alle Emergenze Sanitarie	12
Umanizzazione e Informazione	13
Percorsi appropriati e alternativi al Pronto Soccorso.....	15
Flusso del Percorso Assistenziale in Ospedale	17
Accessi al Pronto Soccorso ARES 118.....	17
Distribuzione degli Accessi ARES 118	18
Fenomeno del "Blocco Mezzo"	19
Passaggio di consegne 118 e Pronto Soccorso	20
Flusso in Pronto Soccorso.....	21
Governio del flusso	22
Accesso	22
Gestione	23
Uscita — attesa ricovero.....	24
Osservazione Breve Intensiva (OBI)	25
Dimissione a domicilio	26
Trasferimento da Pronto Soccorso.....	26
Boarding e Gestione dello stato di Sovraffollamento	28
Flusso di Ricovero	30
Area ad Alta Intensità di Cura	32
Percorso Chirurgico	33
Prevenzione e Controllo delle Infezioni	33
Programma di Donazione di Organi e Tessuti.....	35
Dimissione Ospedaliera	37
Cambio setting	38
Percorso di Back Transfer e Rientro in Ospedale.....	42
Back Transfer.....	42
Rientro in Ospedale per acuti.....	43

Teleconsulto Sistema "ADVICE"	44
Anagrafica dei reparti ospedalieri	45
Programmi di Miglioramento e Formazione.....	46
Sistema di monitoraggio	47
ARES 118 e Pronto Soccorso	47
Ricovero e cambio di setting.....	48
Site Visit.....	50
Programma di Audit & Feedback	50
Formazione “sul campo”.....	51
Verifica del Piano Aziendale	52
SEZIONE B — PIANO AZIENDALE	53
Piano Aziendale per la gestione del flusso di ricovero	53
Allegato 1 — Modello del Piano Aziendale	55
Allegato 2 — Elenco dei Codici di Disciplina Ospedaliera	60
Abbreviazioni.....	62

Principi

La programmazione della Rete Ospedaliera, di cui alla DGR n. 115/2026¹ e s.m.i., e i documenti di assegnazione dei budget e di regolazione della remunerazione, di cui alla DGR n. 1299/2025² e s.m.i., sono definiti con l'obiettivo di ridefinire l'offerta ospedaliera sulla base del fabbisogno di salute della popolazione.

La cultura del flusso di ricovero rappresenta un approccio organizzativo in ambito sanitario orientato alla generazione di valore assistenziale, attraverso l'integrazione tra efficienza dei processi, efficacia clinica e utilizzo ottimale delle risorse.

L'obiettivo è coniugare la qualità e la sicurezza delle cure con la valorizzazione dei profili e delle prospettive professionali.

Il **Piano per la Gestione del Flusso di Ricovero** costituisce lo strumento operativo volto a migliorare i percorsi di ricovero e di dimissione, a garantire un'adeguata capacità di accoglienza dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e ad assicurare tempi di attesa coerenti con il livello di priorità clinica per i ricoveri programmati. L'adozione del Piano per la Gestione del Flusso di Ricovero è finalizzata a:

- ▶ promuovere una mission orientata alla reingegnerizzazione dei processi aziendali, attraverso il coinvolgimento attivo dei professionisti;
- ▶ favorire un approccio multiprofessionale e multidisciplinare, basato su una rete integrata di servizi;
- ▶ strutturare percorsi ospedalieri e di rete caratterizzati da chiari riferimenti di responsabilità e di collegamento;
- ▶ istituire specifici livelli di coordinamento operativo, sia a livello regionale sia aziendale;
- ▶ attivare un programma annuale di miglioramento continuo, basato su attività di Audit & Feedback e di formazione sul campo.

Il flusso di ricovero si configura come un processo dinamico che segna il passaggio da un modello centrato sulle singole prestazioni a un modello orientato verso una gestione integrata del percorso assistenziale. Tale modello implica lo sviluppo di una cultura della responsabilità condivisa, nella quale posti letto e agende sono considerate risorse comuni e vengono gestite in funzione delle priorità assistenziali, al fine di garantire equità di accesso, appropriatezza e tempestività delle cure.

Il Piano è articolato in funzione delle linee di attività e delle diverse fasi dei percorsi assistenziali, che, pur nella loro apparente autonomia, concorrono ad una visione unitaria del flusso di ricovero, sviluppata sull'esperienza maturata dal 2019³. Esso coinvolge l'intera rete dei servizi sanitari aziendali nello sviluppo di percorsi e interventi organizzativi e assistenziali, declinati per obiettivi, indicazioni operative e indicatori di monitoraggio.

Il valore assistenziale del flusso di ricovero si misura in termini di appropriatezza, continuità e tempestività del percorso di cura, attraverso il monitoraggio delle diverse fasi del ricovero ospedaliero

¹ Approvazione del Documento Tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2026-2028, in conformità agli standard previsti nel DM n. 70/2015

² Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2026 e delle regole di remunerazione. Aggiornamento dell'Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 1186/2024, così come modificato e integrato dalla DGR n.440/2025 - Approvazione dello schema di Addendum per l'annualità 2026 e dello schema di Addendum per il Budget "aggiuntivo" dedicato all'abbattimento delle liste d'attesa - prestazioni di specialistico anno 2026.

³ DCA U00453 del 30 ottobre 2019 Approvazione del documento denominato "Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. Atto 143/CSR)

e della capacità organizzativa e assistenziale di rispondere alla complessità del paziente, modulando l'intensità assistenziale e coordinando le competenze cliniche con le risorse disponibili.

In tale contesto, il governo clinico del flusso di ricovero si configura come un modello gestionale integrato, finalizzato alla realizzazione di un progetto operativo e partecipato, fondato su percorsi e interventi complementari, con l'obiettivo di conseguire il migliore "risultato di salute".

La revisione del Piano è stata condotta con il contributo delle Direzioni Aziendali e dei professionisti, attraverso la documentazione fornita relativa all'analisi dei processi, all'implementazione dei percorsi e all'applicazione delle buone pratiche. Il presente documento è coerente con le *"Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"*, definite dall'Accordo della Conferenza Permanente Stato-Regioni n. 143 del 1° agosto 2019, e sostituisce la precedente Determina n. G15959/2022.

Le Direzioni Aziendali di ogni struttura della Rete Ospedaliera, in coerenza e continuità con le indicazioni di questo documento, devono predisporre il Piano Aziendale entro il 15 novembre 2026.

Il documento si articola in una sezione di indirizzo regionale e in una sezione operativa, a supporto della redazione del Piano aziendale e della strategia attuativa. Le Aziende nei loro Piani sono tenute a descrivere il modello organizzativo del flusso di ricovero, recependo e adattando in modo sistematico le raccomandazioni indicate.

Analisi del contesto epidemiologico

I dati del Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES) e del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) evidenziano come la Regione Lazio sia caratterizzata da una domanda assistenziale elevata e in costante crescita, fortemente influenzata dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento della prevalenza delle patologie croniche non trasmissibili.

Nel 2025 i Pronto Soccorso della Regione Lazio hanno registrato **1.819.429 accessi**, confermandosi uno dei principali punti di contatto tra i cittadini e il Servizio Sanitario Regionale. Con riferimento alle modalità di accesso, **1.359.661 pazienti (74,7%)** sono giunti autonomamente, **366.233 (20,1%)** tramite ambulanza del sistema 118 e **1.503 (0,1%)** mediante elisoccorso.

Per quanto riguarda gli esiti, **1.100.772 accessi (60,5%)** si sono conclusi con dimissione a domicilio, **259.721 (14,3%)** hanno determinato un ricovero ospedaliero e **61.281 (3,4%)** un trasferimento presso altra struttura. Di questi, i trasferimenti riferiti a pazienti adulti sono stati **57.063** e tra questi ultimi, **34.258 pazienti** sono stati trasferiti, dopo stabilizzazione clinica, in strutture della rete ospedaliera prive di Pronto Soccorso per il successivo ricovero. Tale dato risulta in crescita rispetto agli anni precedenti e testimonia il contributo sempre più rilevante delle strutture ospedaliere senza PS al funzionamento della rete regionale dell'emergenza-urgenza.

L'analisi dei codici di triage evidenzia una netta prevalenza di accessi a bassa e media priorità assistenziale. Nel 2025 i codici **verdi** hanno rappresentato circa il **36% degli accessi**, mentre i codici **azzurri** circa il **40%**. I casi a maggiore complessità clinica sono stati classificati come codici **arancioni (17%)** e **rossi (4,3%)**. La predominanza degli accessi a bassa e media priorità si associa, nella maggior parte dei casi, a esiti di dimissione a domicilio.

Particolarmente significativo risulta il ruolo dell'età quale determinante del ricorso ai servizi di emergenza e del successivo ricovero. I dati mostrano infatti una percentuale di ricovero pari al **29,2%** nei pazienti con età superiore a 75 anni e al **19,6%** nella fascia di età compresa tra 65 e 74 anni. Tale fenomeno riflette l'impatto crescente della multimorbidità, della fragilità e della non autosufficienza sulla domanda sanitaria regionale.

Nel 2025 la rete ospedaliera del Lazio ha registrato complessivamente **576.490 ricoveri ordinari** e **239.441 ricoveri in day hospital**, per un totale di **815.931 dimissioni**, corrispondenti a **5.906.371 giornate di assistenza erogate**. La degenza media dei ricoveri ordinari per acuti è risultata pari a **7,4 giorni**, con un tasso medio di occupazione dei posti letto superiore al **79%**, che raggiunge valori ancora più elevati nelle discipline maggiormente coinvolte nella gestione dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

La popolazione anziana rappresenta una quota rilevante dell'attività ospedaliera regionale: quasi il **50% dei ricoveri ordinari per acuti** riguarda soggetti di età pari o superiore a 65 anni e oltre il **31%** interessa persone di età superiore a 75 anni, confermando il peso crescente delle condizioni croniche e degenerative nel determinare il bisogno di assistenza.

Dal punto di vista epidemiologico, le principali cause di ricovero ordinario per acuti sono rappresentate dalle **malattie del sistema circolatorio (15,2%)**, dalle **patologie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (12,9%)**, dalle **malattie dell'apparato respiratorio (11,3%)** e dalle **patologie dell'apparato digerente (9,4%)**. Tali condizioni riflettono il crescente impatto delle malattie croniche e degenerative sulla popolazione regionale.

Nel complesso, il quadro delineato dai dati del 2025 descrive una Regione caratterizzata da un rilevante carico di cronicità e fragilità, con una domanda assistenziale che si manifesta frequentemente attraverso il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza e che richiede, in una quota significativa di casi, il successivo ricovero ospedaliero. L'elevato numero di accessi al Pronto Soccorso, la consistente quota di ricoveri derivanti dall'emergenza, la crescente presenza di pazienti anziani e pluripatologici e la pressione sulla disponibilità dei posti letto configurano un contesto epidemiologico ad alta complessità assistenziale. In tale scenario assumono un ruolo sempre più centrale il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio, la presa in carico della cronicità e lo sviluppo di percorsi assistenziali dedicati alla gestione della fragilità e della non autosufficienza.

SEZIONE A – PIANO REGIONALE

Governo Clinico

Il Governo Clinico rappresenta lo strumento strategico attraverso cui la Direzione Aziendale gestisce in modo operativo il flusso di ricovero, trasformando gli obiettivi organizzativi e clinici in interventi coordinati, sostenuti da investimenti misurati in funzione del raggiungimento di obiettivi in strutture, risorse umane e tecnologie, al fine di completare la programmazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Il Governo Clinico integra le azioni cliniche, tecniche e amministrative in un sistema unitario di strategie, volto a ridurre il divario tra la programmazione e l'operatività dei servizi, attraverso il coinvolgimento attivo e la responsabilizzazione delle risorse umane aziendali.

La gestione del Governo Clinico è assicurata da un Coordinamento "operativo" che rappresenta il "motore" di una rete integrata di competenze. Il Coordinamento promuove l'omogeneità dei comportamenti, l'integrazione dei servizi e la sincronizzazione dei percorsi assistenziali. A supporto delle attività vengono individuate figure di riferimento "sul campo" per la gestione delle criticità dei nodi e dei momenti critici del percorso assistenziale.

Il modello di Governo Clinico del flusso di ricovero si sviluppa su due livelli tra loro integrati:

- ▶ un **livello regionale**, focalizzato sulla programmazione e sulla definizione della strategia attuativa;
- ▶ un **livello aziendale**, orientato allo sviluppo operativo e alla gestione dei percorsi assistenziali.

Coordinamento Regionale

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria definisce la programmazione regionale e, attraverso il Coordinamento Regionale (CR), cura lo sviluppo e il monitoraggio delle indicazioni operative.

Il CR è composto da:

- ▶ dirigenti e funzionari della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- ▶ responsabile del Coordinamento della Rete Oncologica Regionale;
- ▶ responsabile del Coordinamento Regionale delle Reti di Patologia;
- ▶ responsabile del Coordinamento Regionale Centrale Operativa Territoriale (CR-COT);
- ▶ responsabile del Coordinamento Regionale Rischio Clinico;
- ▶ responsabile del Centro Regionale Sangue;
- ▶ responsabile del Centro Regionale Trapianti;
- ▶ direttore Sanitario ARES 118;
- ▶ referente del Dipartimento di Epidemiologia.

Il CR programma incontri periodici con le Direzioni Sanitarie Aziendali e le Associazioni di Categoria, finalizzati alla preparazione e alla condivisione degli obiettivi e dei documenti regionali. In relazione alle specifiche tematiche trattate, tali incontri prevedono il coinvolgimento delle figure professionali di riferimento aziendale e di un referente della Sanità Partecipata.

Il CR svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- ▶ supporta la realizzazione delle azioni secondo le priorità regionali, monitorandone la coerenza e la tempistica;
- ▶ prepara e coordina gli interventi straordinari, come Unità di Crisi del Flusso di Ricovero, in condizioni di rischio o criticità;
- ▶ promuove un programma permanente di Audit & Feedback con le Aziende Sanitarie;
- ▶ definisce gli obiettivi annuali di miglioramento e i programmi di formazione sul campo;
- ▶ aggiorna periodicamente il Piano Regionale attraverso l'analisi del contesto epidemiologico ed operativo.

Il *Dirigente dell'Area Rete Ospedaliera e Specialistica* coordina le attività, assicurando il coinvolgimento dei Dirigenti della Direzione Salute in relazione alle specifiche esigenze di programmazione, agli obiettivi e ai percorsi.

I *Coordinamenti Operativi Regionali ed i Centri Regionali* rappresentano il livello funzionale di integrazione tra programmazione e operatività, con il compito di assicurare la presenza attiva sul campo nella realizzazione e nella gestione degli indirizzi programmatici regionali. Essi operano in raccordo con il Coordinamento Regionale (CR) e sono inseriti presso la Direzione Regionale o in un'Azienda del SSR, svolgendo funzioni di coordinamento sovra-aziendale e di supporto operativo alle strutture della rete.

- ▶ **Coordinamento Rete Oncologica Regionale** (*presso la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria*): organizza la Rete Oncologica Regionale assicurando l'integrazione tra ospedale e territorio nello sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutici oncologici (PDTA), garantendo l'equità di accesso e il monitoraggio dei percorsi di cura.
- ▶ **Coordinamento Regionale Reti di Patologia** (*presso ARES 118*): svolge il ruolo di cabina di regia sovra-aziendale, operando in stretta collaborazione con i nodi e i servizi della rete. Assicura l'attuazione operativa e omogenea dei processi, la gestione delle situazioni di criticità, il coordinamento delle attività dei percorsi assistenziali delle Reti tempo-dipendenti e non tempo-dipendenti, e dei programmi relativi al percorso chirurgico.
- ▶ **Coordinamento Regionale Centrale Operativa Territoriale - CR-COT** (*presso ARES 118*): collabora con le Centrali Operative Territoriali aziendali (COT-A) allo sviluppo di modelli omogenei di transizione tra i diversi setting assistenziali e monitora lo stato di occupazione dei posti letto attraverso la piattaforma MPL. Gestisce, inoltre, programmi specifici di integrazione e facilitazione tra strutture e professionisti della Rete ospedaliera e territoriale (DGR n. 621/2025⁴ e s.m.i.), predisponendo e aggiornando una mappa dei Team Operativi Ospedalieri (TOH) e delle COT-A, comprensiva dei relativi riferimenti operativi (telefonici/e-mail).
- ▶ **Coordinamento Regionale Rischio Clinico – CRRC** (*presso la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria*): sviluppa e monitora l'attuazione delle strategie regionali finalizzate al miglioramento della sicurezza delle cure, attraverso la promozione di modelli organizzativi e strumenti per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, compresi quelli relativi al rischio infettivo. Opera in raccordo con le Aziende sanitarie per l'implementazione di sistemi di monitoraggio, l'analisi degli eventi avversi e la diffusione di buone pratiche, contribuendo

⁴ "Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care".

all'integrazione della gestione del rischio clinico nei percorsi assistenziali e nei processi di governo del flusso di ricovero.

- ▶ **Centro Regionale Sangue (CRS)** (*presso l'AOU Sant'Andrea*): supporta la programmazione delle attività trasfusionali e garantisce il coordinamento ed il controllo tecnico-scientifico della Rete Trasfusionale (DGR n. 620/2025 e s.m.i.). Svolge un ruolo di governo clinico in ogni struttura ospedaliera con l'obiettivo dell'autosufficienza e della disponibilità del protocollo di trasfusione massiva e di corretto utilizzo del sangue e degli emocomponenti;
- ▶ **Centro Regionale Trapianti (CRT)** (*presso l'AO San Camillo*): garantisce la promozione e lo sviluppo delle attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti (DGR n. 1437/1998, DCA n. U00385/2015 e s.m.i.). Supporta la metodologia di management del donatore e promuove l'omogeneità operativa dei Comitati Ospedalieri per il Procurement (COP) e dei Centri Ospedalieri autorizzati al Trapianto.

Coordinamento Aziendale

La Direzione Aziendale garantisce il coordinamento operativo del flusso di ricovero attraverso l'istituzione dell'Unità di Crisi Aziendale dei Flussi (UCAF), con funzioni di coordinamento strategico, e del Team Operativo Ospedaliero (TOH), con funzioni di gestione operativa.

Tale articolazione consente di assicurare una chiara distinzione tra le responsabilità decisionali e quelle operative, garantendo al contempo un'integrazione continua tra le attività di programmazione e la gestione quotidiana dei percorsi assistenziali.

Unità di Crisi Aziendale dei Flussi (UCAF)

L'UCAF è istituita e coordinata dalla Direzione Aziendale, con funzioni di indirizzo strategico e di governo complessivo del flusso di ricovero. Essa è composta dalle figure di riferimento della Direzione Medica di Presidio, dal Team Operativo Ospedaliero (TOH) e dalle Unità Operative di: Pronto Soccorso/DEA, Ricovero, Servizi e Professioni Sanitarie.

Nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL), la composizione è integrata con i referenti aziendali dei Distretti, della COT-A, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).

L'UCAF svolge le seguenti funzioni:

- ▶ predisporre e monitorare il Piano Aziendale, garantendone l'attuazione operativa;
- ▶ preparare i piani di risposta a condizioni di criticità o emergenza sanitaria;
- ▶ produrre report periodici sull'attività assistenziale per le Unità Operative;
- ▶ sviluppare programmi annuali di miglioramento continuo, attraverso incontri di *Audit & Feedback* e di *formazione sul campo*;

Nelle strutture ospedaliere sede di Pronto Soccorso, è prevista l'istituzione di un **gruppo interdisciplinare triage**, con la funzione di gestione del triage in coerenza con i protocolli regionali e i percorsi formativi. L'UCAF coinvolge il referente del gruppo interdisciplinare triage nelle attività di programmazione relative a questa funzione.

L'UCAF svolge un ruolo di monitoraggio sulla qualità e sulla tempestività del sistema dei trasporti intra e inter-ospedalieri riferito a:

- ▶ dotazione dei mezzi di trasporto per garantire tempistiche in relazione al fabbisogno;
- ▶ definizione delle priorità dei trasporti secondari non urgenti in relazione all'intensità di cura;

- ▶ appropriatezza del personale e della strumentazione disponibile sui mezzi secondo quanto previsto dalla DGR n. 1729/2002⁵ sulla sicurezza dei trasporti in emergenza.

Nelle ASL, l'UCAF svolge una funzione permanente di coordinamento strategico con tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate di afferenza territoriale, favorendo l'integrazione tra ospedale e territorio.

Team Operativo Ospedaliero (TOH)

Il TOH è istituito dalla Direzione Aziendale come struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria. È definita, a livello ospedaliero o aziendale, in relazione alla complessità organizzativa dell'Azienda. Il TOH integra competenze organizzative, assistenziali, logistiche e sociali e svolge la funzione di "Centrale Operativa Ospedaliera". Coordina operativamente il percorso organizzativo di ricovero, di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (VMO) e di dimissione del paziente, assicurando la presa in carico e la tempestiva esecuzione delle procedure durante il ricovero.

Il TOH può essere supportato, inoltre, da figure cliniche e professionali di riferimento, indicate dalla Direzione Aziendale e integra nella sua organizzazione i referenti delle professionalità coinvolte nella Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO). Costituisce l'interfaccia dell'Ospedale con le strutture di ricovero e le Centrali Operative (COT-A/D) con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza del percorso assistenziale e la facilitazione delle relazioni professionali nei trasferimenti e nel cambio di setting. Il TOH deve avere la visione dinamica del flusso dei singoli ricoveri in un cruscotto, sviluppato attraverso l'interoperabilità dei sistemi informativi aziendali, in grado di tracciare il percorso e dotato di funzioni di rilevazione della disponibilità dei posti letto, dell'appropriatezza assistenziale, della tempistica di richiesta ed esecuzione di prestazioni o procedure.

Le linee di attività del TOH includono:

- ▶ **Gestione del flusso di ricovero** con l'obiettivo di un progressivo miglioramento dell'efficienza dei percorsi di Pronto Soccorso e di elezione:
 - ▶ coordinamento con i responsabili delle UU.OO. di Pronto Soccorso, di ricovero e dei servizi;
 - ▶ monitoraggio dei tempi e delle fasi dei percorsi assistenziali;
 - ▶ gestione operativa di: blocco ambulanze, flusso dei pazienti "in destinazione" in attesa di ricovero e trasferimento, occupazione dei posti letto, programmazione dei ricoveri, cruscotto ordinario e straordinario dei posti letto, ritardi nell'esecuzione di procedure, prolungamento delle degenze e gestione del "back transfer";
- ▶ **Gestione del flusso di dimissione** con la finalità di facilitare il collegamento tra le UU.OO. e con gli altri setting assistenziali:
 - ▶ gestione dei trasferimenti interni tra le UU.OO.;
 - ▶ presa in carico e verifica dell'appropriatezza delle dimissioni verso un altro setting assistenziale, attraverso il monitoraggio e la valutazione delle richieste di trasferimento inserite nella piattaforma "*Transitional Care*" al fine di supportare le UU.OO. richiedenti e assicurare al paziente la più appropriata continuità di cura;
 - ▶ coordinamento organizzativo delle priorità dei trasferimenti verso altre strutture assistenziali sanitarie e sociosanitarie;

⁵ DGR n. 1729/2002 "Piano Sanitario Regionale 2002/2004 - Sfida Prioritaria Emergenza - Protocollo sul trasferimento inter-ospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso"

- ▶ collegamenti strutturati con le COT A/D, le Strutture di ricovero e i case manager delle Reti per i percorsi e le procedure di ricovero, trasferimento, o dimissione;
- ▶ **Presa in carico dei pazienti fragili** con l'obiettivo di integrare gli interventi tra i setting sanitari e con i servizi di assistenza sociale:
 - ▶ programmazione e monitoraggio del percorso di rilevazione precoce delle condizioni di fragilità e delle dimissioni difficili;
 - ▶ ricezione delle richieste di attivazione, da parte delle UU.OO., del percorso per le dimissioni difficili individuate sia in Pronto Soccorso in fase di ricovero;
 - ▶ attivazione e verifica dei percorsi di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (VMO) secondo quanto previsto dalla DGR 621/2025⁶ e s.m.i.;
 - ▶ verifica della coerenza del setting assistenziale con identificazione del case manager;
 - ▶ collegamento strutturale con le COT A/D e gli Enti istituzionali per la programmazione e l'attivazione dei percorsi sociali per la persona;
- ▶ **Organizzazione dei trasferimenti** con lo scopo di gestire con il servizio aziendale di trasporto:
 - ▶ programmazione delle richieste di trasferimento interne ed esterne;
 - ▶ gestione della lista di priorità e della tempistica di trasferimento;
 - ▶ collegamento con le strutture esterne fino a trasferimento avvenuto.

Percorsi Aziendali

La Direzione Aziendale è responsabile della realizzazione dei percorsi assistenziali, assicurando il coinvolgimento delle figure professionali in relazione alle competenze e all'esperienza, e promuovendo una partecipazione diffusa di tipo multiprofessionale e multidisciplinare.

In coerenza con quanto previsto nella DGR n. 115/2026 e s.m.i. e nella sezione *"Integrazione e Governo clinico"* della DGR n. 310/2024⁷ e s.m.i., i coordinamenti dei percorsi aziendali e i relativi ruoli di riferimento devono essere formalmente definiti attraverso un mandato istituzionale della Direzione Aziendale, che declini i compiti, la modalità di coordinamento dei gruppi multidisciplinari e gli strumenti di condivisione delle informazioni cliniche. Viene altresì indicato che i percorsi aziendali devono essere programmati e governati dai coordinamenti operativi mediante la produzione e la revisione periodica di indicazioni operative, finalizzate a definire potenzialità, tempistiche, modalità organizzative e priorità.

A tal fine, nell'Atto Aziendale di ciascuna Azienda deve essere riportata una tabella di sintesi dei processi assistenziali, che descriva ciascun percorso individuando:

- ▶ i servizi e le Unità Operative coinvolte nelle aree della Prevenzione, Assistenza Territoriale, Assistenza Ospedaliera e Farmaceutica;
- ▶ gli organismi aziendali di coordinamento e le relative modalità operative;
- ▶ il referente aziendale del percorso.

In coerenza con gli indirizzi regionali, ogni presidio ospedaliero/azienda ospedaliera deve essere dotato almeno dei seguenti percorsi:

- ▶ percorso nascita e promozione della salute nei primi 1.000 giorni e in età infantile;
- ▶ percorso chirurgico;

⁶DGR 621/2025 "Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care.

⁷ DGR n. 310/2024 relativa all' "Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie"

- ▶ percorso oncologico;
- ▶ rete ictus;
- ▶ rete trauma grave;
- ▶ rete emergenza cardiovascolare;
- ▶ percorso malattie rare;
- ▶ percorso prevenzione e contrasto delle malattie infettive;
- ▶ percorso per pazienti con disturbi comportamentali;
- ▶ percorso flusso di ricovero e transizione tra i setting.

La DGR n.298/2025⁸, relativa alla valutazione dei responsabili di Unità Operativa Complessa, impegna il livello dirigenziale a sviluppare:

- ▶ processi di valorizzazione delle risorse umane, attraverso la stratificazione delle attività professionali, finalizzata a garantire omogeneità, rotazione e sviluppo di competenze;
- ▶ programmi di miglioramento continuo della qualità assistenziale, mediante l'implementazione di percorsi organizzativi e clinici basati sul lavoro in team e sull'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

I percorsi e le attività previsti nei riferimenti normativi devono essere attuati in tutte le strutture della Rete Ospedaliera, in relazione al livello di competenza, indipendentemente dallo status amministrativo.

Preparazione e Risposta alle Emergenze Sanitarie

La Direzione Aziendale deve rendere operativa la preparazione a eventi di emergenza sanitaria attraverso un'attività di pianificazione strategica, formazione specifica, simulazioni periodiche e gestione logistica con l'obiettivo di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili.

Le organizzazioni sanitarie devono attuare una progettazione di interventi integrati e multifattoriali, finalizzati a migliorare il coordinamento delle attività, ridurre le condizioni di vulnerabilità e sostenere la capacità di resilienza del sistema.

Piano di Emergenza Ospedaliero

La Direzione Aziendale deve predisporre i seguenti strumenti di pianificazione:

- ▶ piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti (PEIMAF);
- ▶ piano di emergenza interno per l'evacuazione (PEIVAC);
- ▶ piani per la gestione delle emergenze interne (tecnologiche, informatiche, incendi, eventi clinici/accidentali).

Per ciascun scenario di emergenza, il Piano deve definire:

- ▶ le misure strutturali, logistiche e funzionali da adottare;
- ▶ i tempi e le modalità di attivazione;
- ▶ le articolazioni organizzative coinvolte e le relative responsabilità;
- ▶ le modalità di mobilitazione del personale, anche non in servizio.

Il Piano di Emergenza Ospedaliero è sottoposto a revisione periodica ed è trasmesso alla Direzione Generale di ARES 118 e all'Area Rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, evidenziando le fasi e le azioni di interfaccia con il sistema di emergenza-urgenza 118.

⁸ DGR n.298/2025 Approvazione del documento denominato "La metodologia di valutazione dei responsabili di Unità Operativa Complessa".

Piano strategico per la preparazione e risposta alla diffusione di patogeni a trasmissione respiratoria

La gestione della recrudescenza delle sindromi respiratorie richiede che le organizzazioni sanitarie siano preparate alla gestione del sovraffollamento garantendo la continuità assistenziale secondo principi di appropriatezza e sicurezza.

Il Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive (SERESMI) coordina le attività di *RespiVirNet*, il sistema di sorveglianza sindromica e virologica e dirama l'allerta precoce (*Early Warning*) per consentire alle strutture di attivare il potenziamento delle attività di assistenza.

La Direzione Sanitaria delle strutture della Rete Ospedaliera, in coerenza e continuità con le indicazioni di questo documento, deve pertanto predisporre un piano modulare di preparazione e di attivazione degli interventi relativi a:

- ▶ rafforzamento e applicazione delle adeguate misure di *Infection Prevention and Control* (IPC);
- ▶ gestione delle scorte di emergenza di farmaci, dispositivi per ossigenoterapia, DPI;
- ▶ organizzazione delle risorse umane per rispondere ai picchi di fabbisogno;
- ▶ definizione di percorsi dedicati per l'insufficienza respiratoria e per i pazienti fragili affetti da pluripatologie, garantendo la disponibilità di competenze specialistiche e la piena efficienza dei dispositivi necessari per la gestione dei quadri respiratori;
- ▶ mantenimento della piena disponibilità dei posti letto, organizzativamente disponibili, e della continuità assistenziale di reparto nei periodi/giorni festivi;
- ▶ riconfigurazione dell'offerta di posti letto per setting e disciplina, anche in relazione alla necessità di posti letto di isolamento;
- ▶ ulteriori interventi aziendali ritenuti necessari sulla base dell'evoluzione locale o richiesti dal livello nazionale o regionale.

Il Piano strategico per la preparazione e risposta alla diffusione di patogeni a trasmissione respiratoria deve essere aggiornato annualmente, entro il 15 novembre, contestualmente al Piano del flusso di ricovero, al fine di garantire la preparazione del periodo invernale, in coerenza con quanto previsto dalla DGR n. 84/2022⁹ e s.m.i..

Umanizzazione e Informazione

La gestione del flusso di ricovero deve integrare l'organizzazione delle cure con i principi di umanizzazione dell'assistenza, promuovendo l'ascolto attivo, la comunicazione empatica e la personalizzazione dei percorsi di cura, favorendo ambienti accoglienti per i pazienti e i loro familiari e lo sviluppo di strumenti di educazione terapeutica, al fine di rafforzare il coinvolgimento della persona nel proprio percorso assistenziale.

Tali interventi contribuiscono a migliorare la percezione di sicurezza, a promuovere la partecipazione consapevole al percorso di cura e a rafforzare la relazione tra persona assistita, caregiver e professionisti sanitari.

Il Piano Aziendale per la Gestione del Flusso di Ricovero deve prevedere:

- ▶ la disponibilità della **Carta dei Servizi**, contenente la descrizione delle prestazioni erogate, i riferimenti organizzativi e le modalità di accesso alle informazioni e alla documentazione sanitaria;

⁹ DGR n. 84/2022 "Approvazione del Piano Strategico-Operativo Regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)"

- ▶ gli adeguamenti strutturali finalizzati all'accessibilità e all'eliminazione delle barriere architettoniche, con la disponibilità di spazi dedicati alla relazione con i familiari e i caregiver e la disponibilità di rete Wi-Fi accessibile;
- ▶ un'organizzazione degli orari assistenziali orientati alla centralità della persona e alla partecipazione del caregiver;
- ▶ l'adozione di modalità strutturate di ascolto, comunicazione e informazione.

Nelle aree di Pronto Soccorso e di ricovero deve essere garantita:

- ▶ la presenza di servizi di accoglienza con personale dotato di competenze relazionali, psicologiche, e di mediazione culturale e linguistica, anche attraverso strumenti di comunicazione adattata;
- ▶ l'attivazione di percorsi dedicati per le persone con disabilità complessa e di spazi adeguati al coinvolgimento del caregiver;
- ▶ la pronta disponibilità di presidi assistenziali specifici in esigenze particolari (es. presidi antidecubito, per grandi obesi, mielolesi);
- ▶ la presenza di ambienti dedicati all'assistenza nella gestione del fine vita, a tutela della dignità della persona e del supporto ai familiari;
- ▶ l'istituzione di percorsi specifici per il disagio sociale.

La documentazione clinica deve essere consegnata al momento della dimissione dal Pronto Soccorso e dal ricovero, con la descrizione dell'esito delle prestazioni effettuate, del percorso clinico, delle eventuali prestazioni prescritte e prenotate, e dei riferimenti telefonici e di posta elettronica per la continuità assistenziale.

Il Piano deve prevedere lo sviluppo di modalità strutturate di comunicazione con la persona assistita, secondo i principi dell'“educazione terapeutica”, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come un processo continuo integrato nell'assistenza sanitaria, finalizzato a rendere il paziente capace di gestire al meglio la propria vita nonostante la malattia.

Tale approccio è orientato a sostenere la conoscenza e la consapevolezza della persona rispetto alla propria condizione di salute, favorendo l'autonomia decisionale e la partecipazione attiva al percorso di cura.

I principali strumenti includono:

- ▶ il colloquio educativo, basato sull'ascolto e sulla comprensione reciproca;
- ▶ i programmi strutturati di formazione;
- ▶ i materiali informativi chiari e accessibili;
- ▶ le tecniche di *empowerment* e *problem solving*.

La documentazione condivisa tra professionisti sanitari e paziente rappresenta uno strumento essenziale per il trasferimento delle informazioni e per il supporto alla gestione del percorso clinico, attraverso:

- ▶ la definizione di obiettivi orientati all'acquisizione di informazioni e capacità pratiche;
- ▶ la responsabilizzazione nel coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura;
- ▶ la verifica dei progressi nella gestione del percorso e nell'autonomia.

Il percorso di umanizzazione è sostenuto da specifiche progettualità regionali, tra cui:

- ▶ **"Con te in Pronto Soccorso"**: servizio che consente alla persona assistita in Pronto Soccorso di condividere, nel rispetto della normativa sulla privacy, informazioni aggiornate sullo stato del

percorso diagnostico-terapeutico, tramite QR code consegnato al termine del triage e condivisibile con familiari e caregiver;

- **TOBIA (Team Operativo per Bisogni Individuali Assistenziali):** modello organizzativo regionale di presa in carico socio-sanitaria ad alta integrazione per le persone con disabilità complessa “non collaborante”, inserito nella rete nazionale del progetto DAMA (*Disabled Advanced Medical Assistance*). Il modello si basa su team multiprofessionali dedicati, che, in raccordo con caregiver, famiglie e servizi territoriali, garantiscono percorsi personalizzati di accoglienza e cura in Pronto Soccorso e durante il ricovero. Il servizio utilizza strumenti di comunicazione adattata (CAA, LIS), percorsi organizzativi dedicati e spazi adeguati a ridurre barriere fisiche, sensoriali e relazionali, rendendo possibile l’esecuzione di visite, indagini diagnostiche e procedure anche in sedazione. Il servizio TOBIA si propone, quindi, di migliorare l’accessibilità alle cure, l’appropriatezza dei ricoveri e i tempi di attesa, favorendo il percorso di continuità assistenziale tra i diversi setting. Il progetto TOBIA è attualmente attivo presso i seguenti Ospedali con l’obiettivo di estenderlo in ogni ASL: A.O. San Camillo-Forlanini (TOBIA-DAMA), A.O. San Giovanni Addolorata (TOBIA), AOU Sant’Andrea (TOBIA), Policlinico Tor Vergata (TOBIA-DAMA), Policlinico Umberto I (TOBIA-DAMA), ASL Roma 1 – P.O. San Filippo Neri (TOBIA), S. Spirito (TOBIA), ASL Roma 3 – P.O. G.B. Grassi (TOBIA), ASL Roma 4 – P.O. Civitavecchia, P.O. di Bracciano (TOBIA), ASL Roma 5 P.O. Tivoli (TOBIA), P.O. Parodi Delfino Colferro (TOBIA), P.O. Coniugi Bernardini Palestrina (TOBIA) – ASL Roma 6 – P.O. di Marino (TOBIA), P.O. Anzio-Nettuno (TOBIA), ASL Latina Ospedale S.M. Goretti (TOBIA), (TOBIA), P.O. Dono Svizzero (TOBIA), P.O. Fiorini (TOBIA), ASL Rieti – P.O. San Camillo De Lellis (TOBIA) ASL Viterbo – S. Rosa (TOBIA-DAMA), ASL Frosinone Ospedale Spaziani (TOBIA), P.O. Cassino (TOBIA), SS. Trinità (TOBIA).

Percorsi appropriati e alternativi al Pronto Soccorso

L’attivazione di percorsi appropriati e alternativi al Pronto Soccorso e al ricovero ospedaliero rappresenta una modalità organizzativa finalizzata a diversificare i punti di accesso al sistema sanitario, garantendo al contempo la presa in carico appropriata e la continuità assistenziale. Tali percorsi concorrono alla riduzione degli accessi non appropriati, favorendo l’orientamento dei pazienti verso setting assistenziali coerenti con il bisogno clinico.

Le **Case della Comunità** e gli **Ospedali di Comunità**, in coerenza con il DM 77/2022, rappresentano il setting assistenziale di riferimento per la gestione dei bisogni a bassa intensità di cura e per specifiche condizioni cliniche, anche in collegamento con le attività di informazione e di indirizzo proattivo del Numero Europeo Armonizzato (NEA 116117).

I pazienti con accessi ripetuti in Pronto Soccorso o **frequent user**, definiti come soggetti con quattro o più accessi annui, devono essere identificati dalle ASL tra i propri residenti attraverso la rilevazione periodica con un accesso autorizzato sul sistema GIPSEWEB. Per tali pazienti devono essere attivati percorsi sociosanitari specifici, sviluppati in collaborazione con: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Infermiere di Famiglia e di Continuità (IFeC) e servizi territoriali di prossimità.

Il Servizio Sanitario Regionale deve assicurare l'attivazione di percorsi proattivi dedicati alle persone già inserite in percorsi di presa in carico, con l'obiettivo di prevenire accessi non appropriati al Pronto Soccorso.

A tal fine, l'organizzazione sanitaria deve garantire, almeno nelle fasce orarie diurne, la disponibilità di un **contatto attivo** (telefonico o e-mail), che consenta:

- ▶ attività di consultazione e monitoraggio a distanza;
- ▶ accesso diretto a percorsi ospedalieri strutturati, alternativi al Pronto Soccorso.

I percorsi alternativi al Pronto Soccorso devono comprendere pacchetti diagnostici dedicati e prevedere, in caso di necessità urgenti, anche la possibilità di ricovero diretto, garantendo comunque equità di accesso anche in presenza di fenomeni di boarding in Pronto Soccorso.

- ▶ **Percorsi dedicati alle persone che effettuano accessi autonomi in Pronto Soccorso con codice triage 3, 4 o 5, già in carico alle UU.OO e ai servizi aziendali:** deve essere prevista - almeno in orario diurno - l'attivazione di un percorso dedicato in modalità di Fast Track, coerente con la presa in carico già in atto. Qualora l'accesso autonomo del paziente avvenga presso una struttura diversa da quella di riferimento, deve essere attivato il contatto con l'Unità Operativa che lo ha in carico, al fine di definire il percorso assistenziale più appropriato.
- ▶ **Percorsi dedicati alle persone affette da patologia oncologica:** in applicazione della Determina regionale n. G17722/2025¹⁰ e s.m.i., per le persone affette da patologia oncologica, già in carico a un gruppo multidisciplinare, deve essere garantito un percorso strutturato che assicuri un contatto diretto con i servizi di riferimento, l'accesso al **Punto di Accesso e Continuità di cura Oncologica (PACO)** e un percorso specifico in Pronto Soccorso. Le strutture ospedaliere accreditate per la disciplina di oncologia, anche se non sede di Pronto Soccorso, devono garantire, nelle ore diurne, attività di accoglienza e orientamento al PACO, con accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici.
- ▶ **Percorsi dedicati alle persone affette da malattia rara:** deve essere richiesta la Scheda Malattie Rare Emergenza (SMRE), quale strumento sintetico del quadro clinico, al fine di migliorare la qualità della gestione in condizioni di emergenza o urgenza o in caso di accesso ad un servizio del SSR. La scheda contiene le informazioni utili ad una appropriata gestione del percorso diagnostico terapeutico, assicurando le informazioni sulle specificità cliniche delle singole patologie, descrivendo i trattamenti necessari in emergenza, e nella sezione di "ALLERT" le manovre da non eseguire, le terapie da non somministrare per le possibili interazioni con farmaci.
- ▶ **Percorsi dedicati alle persone che effettuano accessi autonomi in Pronto Soccorso già in carico alla rete delle cure palliative in regime domiciliare:** deve attivare la richiesta di consulenza ospedaliera di cure palliative, se presente, e la segnalazione tempestiva da parte del TOH all'Unità Operativa di Cure Palliative dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza, tramite la Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A), al fine di assicurare la presa in carico e la rapida riattivazione del percorso assistenziale da parte dell'hospice o del servizio territoriale coinvolto a garanzia della continuità delle cure.

¹⁰ Determina n. G17722/2025 "Approvazione del documento sui "Collegamenti tra i nodi della Rete Oncologica della Regione Lazio (ROL) e sull'operatività del Punto Oncologico di Accesso e di Continuità di Cura (PACO)".

Flusso del Percorso Assistenziale in Ospedale

Nella DGR n. 115/2026 e s.m.i. (Programmazione della Rete Ospedaliera), viene evidenziato come *"il miglioramento del flusso assistenziale è un percorso culturale"*, che richiede il coinvolgimento trasversale di tutte le aree organizzative e professionali.

In tale contesto, le Direzioni Aziendali devono promuovere il coordinamento delle risorse e dei servizi, favorire la continuità di collaborazione multidisciplinare e strutturare percorsi chiari con ruoli, responsabilità e connessioni strutturate.

Il Piano Aziendale deve declinare i processi di riprogettazione dei flussi e dell'utilizzo delle aree, valorizzando l'esperienza delle risorse professionali aziendali e utilizzando, come strumento di analisi, i volumi, i percorsi assistenziali e i risultati di salute.

Accessi al Pronto Soccorso ARES 118

L'organizzazione dei flussi delle ambulanze ARES 118 deve consentire alle strutture ospedaliere di garantire una capacità di accoglienza adeguata, tenuto conto dei diversi fattori concorrenti e condizionanti il soccorso, quali le condizioni cliniche dei pazienti, la sede del soccorso, le risorse disponibili sulla scena, le necessità assistenziali, il tempo di percorrenza e le richieste in attesa nella macroarea di riferimento.

Le Direzioni Aziendali degli ospedali sede di Pronto Soccorso, in collaborazione con la Direzione Sanitaria di ARES 118, devono garantire una **visione unitaria** della Rete di Emergenza pre e intraospedaliera, al fine di consentire una distribuzione organizzata dei mezzi di soccorso ed evitare un iperafflusso non coordinato in alcune di esse.

A tal fine, la Direzione Sanitaria ARES 118 predispone e mette a disposizione una **piattaforma di "comunicazione rapida"** tra le figure di riferimento della Centrale Operativa e delle Direzioni Sanitarie Ospedaliere per **condividere specifiche condizioni emergenti o improvvise interruzioni di attività**.

La Direzione Sanitaria Ospedaliera deve comunicare alla Direzione Sanitaria di ARES 118 un numero telefonico di collegamento h24 tra la Centrale Operativa e il Pronto Soccorso e può richiedere una modifica temporanea dei flussi di Pronto Soccorso alla Direzione Sanitaria ARES 118 qualora si presentino:

- ▶ le condizioni indicate nella sezione *"Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso"*;
- ▶ l'interruzione improvvisa e temporanea di funzioni assistenziali da comunicare tempestivamente alla Direzione Sanitaria di ARES 118 e al Coordinamento Regionale delle Reti di Patologia per la gestione dei percorsi in emergenza;
- ▶ la realizzazione di interventi strutturali determinanti l'interruzione o la riduzione di servizi da programmare con anticipo con l'Area Rete Ospedaliera e Specialistica e la Direzione Sanitaria ARES 118 per definire le tempistiche, le modalità operative, gli interventi specifici al fine di contestualizzare un percorso con le altre Strutture della macroarea e ridurre l'impatto sui flussi assistenziali dell'intera Rete.

Distribuzione degli Accessi ARES 118

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha previsto l'adozione di valori soglia per la distribuzione degli accessi ARES 118 in ciascun Pronto Soccorso per governare in modo equo e omogeneo i flussi e, per quanto possibile, in modo indipendente dal solo scenario territoriale.

La definizione dei valori soglia tiene conto di:

- ▶ fattori legati al soccorso indicati dalla Direzione Sanitaria di ARES 118;
- ▶ ruolo dell'Ospedale nella Rete dell'Emergenza-Urgenza;
- ▶ capacità di accoglienza del Pronto Soccorso;
- ▶ caratteristiche degli accessi autonomi;
- ▶ capacità di assorbimento dei ricoveri e dei trasferimenti in relazione ai posti letto disponibili;
- ▶ indicatori di qualità dei ricoveri.

Nell'area di Roma, i valori soglia sono stati definiti anche considerando le problematiche di percorrenza, la complessità organizzativa dell'emergenza territoriale ed il livello di competenze e capienza di ciascun ospedale. Nelle aree di Roma Metropolitana e nelle Province, i valori soglia sono calibrati prevalentemente sui fattori del soccorso e sul ruolo delle singole strutture nella Rete di Emergenza, in relazione alle distanze tra luogo dell'evento e struttura di accesso.

Il Coordinamento Regionale condivide con le Direzioni Aziendali l'aggiornamento dei valori soglia in funzione di variazioni del volume complessivo degli accessi o di modifiche della Rete di Emergenza-Urgenza.

La Direzione Sanitaria delle Strutture Ospedaliere deve garantire la piena funzionalità dei processi di accesso e presa in carico, evitando il ricorso al fenomeno del "blocco mezzo" in assenza di iperafflusso complessivo o di superamento delle soglie adottate.

L'Azienda ARES 118 ha affidato alle Centrali Operative Regionali Emergenza Sanitaria (CORES) la scelta della struttura ospedaliera di destinazione in relazione a:

- ▶ appropriatezza del percorso assistenziale rispetto alla condizione clinica del paziente;
- ▶ codice di triage extra-ospedaliero, rilevato sulla scena e durante il trasporto;
- ▶ sede dell'evento;
- ▶ stato della Rete dei Soccorsi extra-ospedalieri;
- ▶ afferenza territoriale per le patologie tempo-dipendenti;
- ▶ omogeneità degli accessi ARES 118 per struttura rispetto alle soglie di riferimento;
- ▶ monitoraggio degli accessi ARES 118 nelle ultime 24 ore e dalle ore 00:00 in funzione del valore soglia;
- ▶ contenimento degli accessi ARES 118 "contemporanei", indicativamente non oltre 5 arrivi in 60 minuti, compatibilmente con le richieste di soccorso e con il fenomeno del "blocco mezzo", con l'obiettivo di non protrarre nel successivo periodo temporale un valore oltre soglia.

Il diniego all'accesso di pazienti trasportati con mezzi ARES 118, o la loro diversione verso altro Pronto Soccorso, non è un'opzione prevista. Tale principio vale per tutte le condizioni, inclusi casi specifici come l'accoglienza dei "grandi obesi", per i quali, come descritto, ciascun Pronto Soccorso deve essere

attrezzato con device specifici (nota n. 0521953/2025 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria).

L'integrazione dei sistemi informativi di emergenza territoriale (ISED) e ospedaliera (GIPSEWEB) permette la visione in tempo reale delle seguenti informazioni per ciascun evento di soccorso:

- ▶ codice missione;
- ▶ codice mezzo;
- ▶ ora inizio missione;
- ▶ struttura sanitaria sede di Pronto Soccorso (PS);
- ▶ ora di arrivo in PS;
- ▶ tempo dall'arrivo in PS;
- ▶ ora di accettazione in PS attraverso l'apertura della scheda;
- ▶ motivo del blocco del mezzo;
- ▶ ora comunicazione del blocco dal triage;
- ▶ tempo dalla comunicazione del blocco dal triage;
- ▶ orario di comunicazione di sblocco dal PS;
- ▶ codice triage pre-ospedaliero.

Nella sezione del sistema GIPSEWEB dedicata agli accessi in arrivo ARES 118 è disponibile l'indicazione del problema principale. Inoltre, nell'arco dell'anno 2026 verrà completata l'integrazione nel sistema della trasmissione della scheda di soccorso ARES 118.

La Direzione Sanitaria di ARES 118 monitora i flussi di accesso e svolge un programma permanente di Audit & Feedback con le Direzioni Sanitarie Aziendali di ciascuna macroarea coinvolgendo il Coordinamento Regionale delle Reti di Patologia sull'organizzazione dei flussi, sulla distribuzione e sulla contemporaneità degli accessi. Eventuali aggiornamenti dei valori soglia devono essere concordati con il Coordinamento Regionale.

La Direzione Sanitaria di ARES 118 predispone un sistema di monitoraggio settimanale e mensile degli accessi ARES 118 distinto per ambulanza, elicottero e del fenomeno del "blocco mezzo", reso disponibile alle Direzioni Sanitarie Aziendali, contestualmente, agli altri monitoraggi di Pronto Soccorso.

La Direzione Sanitaria ARES 118 ha accesso a una pagina dedicata del sistema BI-GIPSEWEB, per analizzare i flussi e l'esito clinico, necessari per monitorare l'appropriatezza dei percorsi.

Fenomeno del "Blocco Mezzo"

Il fenomeno del "blocco mezzo" determina una riduzione della capacità del Sistema di Emergenza Territoriale con ricaduta diretta sulla gestione delle richieste di soccorso, soprattutto se concentrato in una macroarea. Il rispetto dei principi operativi e delle dotazioni di barelle e tavole spinali consente alle strutture ospedaliere di collaborare con ARES 118 e di mantenere un'organizzazione omogenea dei flussi.

L'impatto del fenomeno del "blocco mezzo" si riflette anche sulla performance del Servizio Sanitario Regionale, in relazione all'indicatore del Nuovo Sistema Garanzia (NSG) "D09Z: Intervallo Allarme-Target

dei mezzi di soccorso" relativo ai codici rossi, che deve mantenersi tra i 18 minuti (valore atteso) ed i 20 minuti (valore sufficiente).

La gestione operativa delle barelle in Pronto Soccorso deve prevedere l'individuazione di una figura professionale dedicata, incaricata anche della gestione del "blocco ambulanza", con il compito di verificare sul campo la dotazione attiva di barelle, regolare l'utilizzo delle barelle e degli altri dispositivi mobili in Pronto Soccorso e attingere, se necessario, alla dotazione ospedaliera.

Il "blocco mezzo" può essere determinato da diverse condizioni:

- ▶ "Fermo da oltre 30'": paziente non ancora registrato e preso in carico dal triage;
- ▶ "Barella in PS": paziente in Pronto Soccorso su barella ARES 118;
- ▶ "Spinale in PS": paziente in Pronto Soccorso con tavola spinale ARES 118;
- ▶ "Barella su mezzo": stazionamento del paziente all'interno dell'ambulanza.

In assenza di condizioni di iperafflusso o di superamento dei valori soglia, il verificarsi del blocco mezzo non è giustificato. In ogni caso, il paziente deve essere preso in carico dal triage entro 30 minuti dall'arrivo.

La dotazione delle barelle attive destinate al Pronto Soccorso deve garantire la capacità di accoglienza e viene definita in misura non inferiore al 75% del 90° percentile dei pazienti presenti alle ore 14 in Pronto Soccorso, disponibile sulla piattaforma "Indicatore Affollamento PS in tempo reale". La dotazione di tavole spinali disponibili deve essere misurata sul fabbisogno necessario al turnover immediato con il mezzo ARES 118.

La condizione di "barella su mezzo" rappresenta un evento eccezionale e temporaneo dove il paziente all'interno dell'ambulanza deve essere comunque preso in carico dal Personale del Pronto Soccorso con esecuzione del triage e della valutazione clinica in tempi immediatamente successivi all'arrivo del mezzo di soccorso. Il personale di ARES 118, durante l'intero periodo di permanenza in ambulanza, svolgerà un ruolo di monitoraggio e assistenza del paziente secondo le indicazioni cliniche fornite dal personale del Pronto Soccorso, responsabile del percorso clinico. Tutte le attività assistenziali eseguite in questo setting devono essere registrate sulla cartella clinica di Pronto Soccorso.

Passaggio di consegne 118 e Pronto Soccorso

Il passaggio di consegne tra il personale ARES 118 e quello del Pronto Soccorso rappresenta una fase critica per la sicurezza del paziente e la continuità delle cure. È pertanto necessario definire una procedura strutturata per il trasferimento di responsabilità, delle informazioni cliniche essenziali e della documentazione dal personale dell'ambulanza al personale del Pronto Soccorso.

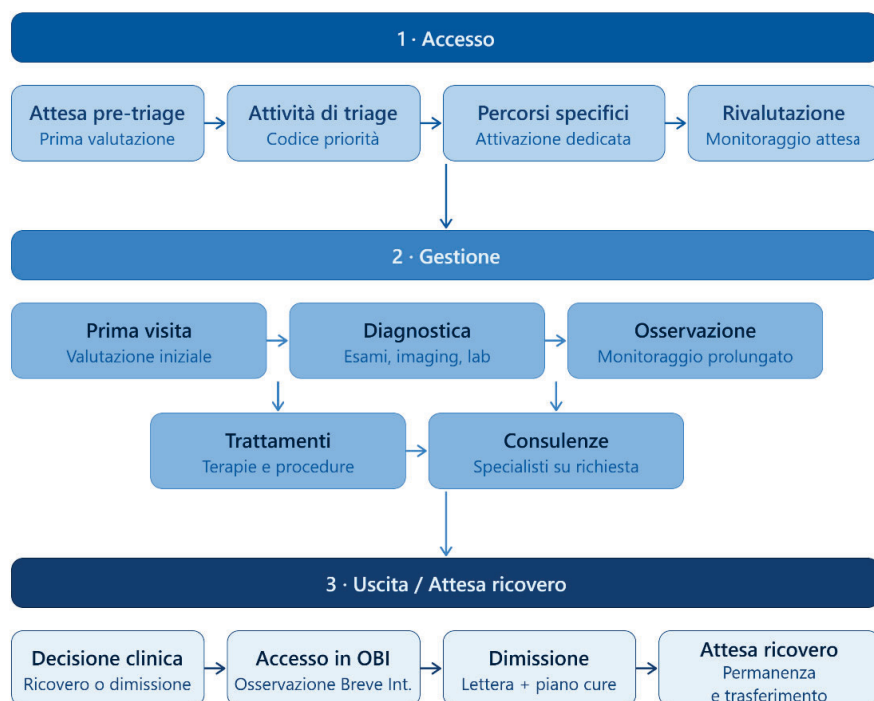
Il responsabile della UOC Coordinamento Regionale delle Reti di Patologia ha il compito di condividere, entro sei mesi dalla pubblicazione del presente atto, gli strumenti standardizzati di comunicazione, i percorsi in base al codice extraospedaliero, la gestione di documenti e oggetti personali e le informazioni da inserire nei sistemi informativi.

Flusso in Pronto Soccorso

La mission primaria del Pronto Soccorso è *"garantire risposte e interventi adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza o urgenza clinica e assistenziale attuando i provvedimenti immediati salva vita"* (DCA U00361/2019)¹¹.

In continuità con questa missione, ulteriori obiettivi del Pronto Soccorso sono finalizzati al completamento del percorso diagnostico-terapeutico per consentire la dimissione in sicurezza, alla definizione dell'eventuale percorso di continuità assistenziale, e alla selezione dei pazienti da ricoverare, a prescindere dalla diagnosi da completare durante la degenza.

Il flusso di Pronto Soccorso viene descritto attraverso le seguenti fasi assistenziali:



Il "valore" della gestione del flusso di Pronto Soccorso viene misurato attraverso l'analisi della tempistica dei percorsi, dell'appropriatezza dei ricoveri e dell'esperienza delle persone assistite, contestualmente al riconoscimento della qualità e dell'attenzione professionale.

Gli indicatori devono permettere di diversificare il "valore clinico-decisionale", caratterizzato dalla gestione del percorso assistenziale, da quello "organizzativo" su cui incide l'intero ciclo del flusso di ricovero e l'attivazione dei posti letto previsti dalla programmazione ospedaliera.

¹¹ DCA U00361/2019 "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. Atto n. 143/CSR)"

Governo del flusso

Il flusso in Pronto Soccorso è un processo complesso composto di diverse fasi e interventi da armonizzare da un punto di vista organizzativo e relazionale. A tal fine nel Piano Aziendale devono essere declinate le modalità di governo, i percorsi, la gestione multiprofessionale e multidisciplinare, e il ruolo attivo delle Unità Operative dell'Ospedale.

L'identificazione di una figura di riferimento per la gestione del flusso sul campo, come *"Coordinatore operativo"*, è essenziale per mantenere un'**omogeneità clinico-organizzativa** e come figura di collegamento con le altre funzioni interne ospedaliere e con i riferimenti dei nodi delle reti cliniche.

La pianificazione delle risorse umane deve tenere conto della variabilità dei picchi di attività, assicurando un adeguato rapporto tra personale e pazienti, coinvolgendo le UU.OO. e i servizi collegati e garantendo la partecipazione consapevole di ciascuna figura professionale per garantire percorsi e obiettivi assistenziali nell'arco delle 24 h.

La collaborazione con il TOH permette di gestire e armonizzare, nei tempi previsti, i percorsi interni o esterni di collegamento ottimizzando specificità, appropriatezza e destinazione del paziente, attraverso una continua attività di integrazione multiprofessionale.

Il prolungamento della permanenza in Pronto Soccorso aumenta il rischio clinico e la complessità gestionale ed organizzativa, per cui l'UCAF, nella redazione del Piano Aziendale, deve adattare le azioni raccomandate al contesto aziendale e proporre ulteriori interventi, volti a sviluppare un'organizzazione dei flussi, dei percorsi, delle aree e delle risorse umane in grado di migliorare il "valore" assistenziale.

Accesso

Il Triage modello Regione Lazio (TML), aggiornato con Determina n. G01369/2023, si basa su una valutazione integrata di parametri clinici e di rilevazione dei sintomi per ciascun problema principale, valorizzando l'esperienza e la capacità decisionale degli operatori e garantendo uniformità regionale nella stratificazione delle priorità.

Il **"valore"** assistenziale del Triage si esprime attraverso:

- ▶ la stratificazione appropriata del codice colore 2/arancione, per individuare le persone a *"rischio di compromissione delle funzioni vitali"*, e attivazione della fase di visita entro 45' in almeno l'80%;
- ▶ il raggiungimento del valore atteso di 60' come tempo medio dalla apertura della scheda alla visita medica;
- ▶ la capacità di rendere attivo il tempo di attesa post-triage attraverso l'esecuzione di esami diagnostici, di percorsi di presa in carico precoce o di integrazione con le altre funzioni ospedaliere.

La completa attivazione della piattaforma GIPSEWEB permette di registrare in modo distinto i tempi dalla presa in carico al completamento del triage e da questo alla visita, così da sviluppare ulteriori indicatori specifici.

Il Piano aziendale deve definire la capacità operativa del triage, l'organizzazione degli ambienti e i percorsi integrati con le altre funzioni ospedaliere con la finalità di:

- ▶ accettazione dei pazienti con accesso ARES 118 utilizzando unicamente la funzione dalla pagina di preallerta;

- ▶ disponibilità di postazioni di triage in relazione al fabbisogno orario e agli accessi contemporanei, prevedendo l'ampliamento temporaneo della capacità del 100%, anche attraverso postazioni mobili;
- ▶ invio precoce alla visita delle persone con codice colore arancione/2 attraverso percorsi dedicati di alta intensità con postazioni di stabilizzazione o con l'attivazione di specialisti;
- ▶ applicazione del triage "avanzato" per i pazienti con codice 2 e 3, attraverso percorsi validati con l'individuazione di attività e consulenze attivabili direttamente dal triage;
- ▶ implementazione del "Fast Track", attivo su 7 giorni, nelle discipline con maggiore incidenza di dimissione successiva a una consulenza specialistica;
- ▶ accesso a percorsi ospedalieri dedicati per le persone già in carico alle UU.OO. aziendali;
- ▶ disponibilità di barella idonea e di *device* adeguati all'accoglienza e al trattamento delle persone fragili e dei "grandi obesi";
- ▶ attivazione del percorso del dolore, secondo un protocollo aziendale, in ottemperanza della Determina n. G04594/2026¹², che prevede l'obiettivo di implementare e mantenere percorsi organizzativi e clinico-assistenziali dedicati alla gestione del dolore in corso di ricovero, al trattamento del dolore cronico e allo sviluppo delle attività di ricerca, garantendo uniformità di accesso, appropriatezza delle cure e continuità assistenziale sull'intero territorio regionale.

Gestione

La fase di visita e di osservazione clinica richiede un'organizzazione assistenziale modulare secondo percorsi di appropriatezza diagnostico-terapeutica finalizzata alla decisione clinica attraverso:

- ▶ la gestione delle aree con la distribuzione flessibile e pianificata del personale e dei pazienti secondo la fase clinica;
- ▶ l'attività dei servizi di diagnostica e dei consulenti;
- ▶ il ruolo del "Coordinatore operativo" per supportare la pianificazione del flusso, il momento decisionale e i collegamenti.

Il "**valore**" assistenziale in questa fase è rappresentato dalla capacità clinica di individuare un percorso clinico personalizzato e decidere tempestivamente la destinazione del paziente verso la dimissione, il ricovero o il trasferimento.

L'organizzazione degli spazi deve essere sviluppata in modo modulare con ampia flessibilità e interoperabilità per garantire sia la risposta ad un eventuale condizione di "*massiccio afflusso di feriti*", sia la gestione del flusso, la rapidità di intervento, e l'utilizzo delle risorse professionali.

La gestione del flusso deve prevedere percorsi e aree da adattare secondo la stratificazione del fabbisogno, il livello della struttura, e la sostenibilità funzionale, garantendo ovunque la disponibilità di *device* per il supporto respiratorio:

- ▶ la separazione dei percorsi di visita dopo il triage, deve essere organizzata in funzione dell'intensità di cura, utilizzando sia il valore di priorità del triage sia specifici "*problemi principali*", con aree visita e di attesa distinte per:
 - ▶ maggiore intensità di cura, più prossima alle sale di diagnostica e trattamento, in grado di assistere il paziente fino al ricovero di emergenza o alla stabilizzazione clinica;

¹² Determina n. G04594/2026 Approvazione del "Piano di Rete di Medicina e Terapia del Dolore".

- ▶ minore intensità di cura, in grado di consentire una prima valutazione e una diagnostica rapida per ridurre i tempi di permanenza;
- ▶ la disponibilità di aree distinte per la gestione della fase successiva alla visita:
 - ▶ periodo di osservazione necessario per permettere un approccio clinico non collegato o dipendente dal flusso degli accessi e completare il percorso fino alla decisione clinica con un personale dedicato;
 - ▶ pazienti in destinazione in attesa di ricovero e trasferimento in cui programmare le attività di ricovero secondo percorsi aziendali condivisi con gli specialisti delle UU.OO.;
 - ▶ problematiche cliniche specifiche con spazi dedicati di isolamento, assistenza e sicurezza;
 - ▶ area “OBI” in coerenza con gli obiettivi funzionali previsti dalle indicazioni della CSR.

Il Piano Aziendale deve contenere gli indirizzi operativi per la preparazione dei principali percorsi:

- ▶ PDTA aziendali per la presa in carico multidisciplinare per le Reti di Emergenza, Tempo-dipendenti, Infettivologica, Oncologica, Malattie Rare, persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali, percorso violenza di genere (codice rosa);
- ▶ protocollo aziendale di appropriatezza e priorità per la diagnostica per immagini finalizzata alla decisione clinica in sicurezza e, non necessariamente, alla diagnosi conclusiva dell’episodio di cura ospedaliero;
- ▶ protocollo aziendale per le consulenze specialistiche in cui siano declinati alcuni aspetti:
 - ▶ tempistica di esecuzione entro 60’ per condizioni di emergenza/urgenza o specifiche condizioni cliniche;
 - ▶ continuità specialistica con presenza giornaliera entro le ore 11 per l’organizzazione di percorsi dedicati;
 - ▶ responsabilizzazione condivisa della presa in carico clinica e del percorso diagnostico;
 - ▶ conclusione con indicazione del successivo percorso clinico di continuità assistenziale.
- ▶ **percorso del paziente oncologico secondo la Determina n. G17722/2025 da sviluppare in relazione al codice di triage, 3-4-5, e alla condizione patologica, istituendo percorsi ospedalieri dedicati di Fast Track diurno verso il PACO del Centro di Riferimento Ospedaliero o di collegamento con il Centro che lo ha in carico.**
- ▶ “slot dedicati” per prestazioni diagnostiche in grado di consentire la dimissione precoce in sicurezza;
- ▶ modello di presa in carico multidisciplinare per il paziente fragile/geriatrico con l’inserimento strutturato di specialisti geriatri per la gestione di problematiche comportamentali, dissociative e degenerative e di mantenimento della autonomia residua.

La Direzione Aziendale deve attivare le procedure necessarie all’integrazione dei *device* sanitari (ECG, monitoraggio multiparametrico, Emogasanalisi, Point of Care, Ecografi, ecc.) in modo di favorire l’ergonomia lavorativa di registrazione delle informazioni cliniche (nota n. 1009896/2024 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria).

Uscita — attesa ricovero

La decisione clinica costituisce l'inizio della fase di uscita individuando il setting più idoneo alla condizione clinica dall'accesso in Osservazione Breve Intensiva (OBI), alla dimissione con gli eventuali percorsi di presa in carico o all'inserimento in destinazione dei pazienti in attesa di ricovero e trasferimento.

La decisione clinica di ricovero e trasferimento prevede l'inserimento del paziente nell'area di "destinazione" sulla piattaforma GIPSEWEB con l'individuazione dell'area disciplinare del ricovero e il coinvolgimento precoce del Team Operativo Ospedaliero per la presa in carico dei pazienti potenzialmente trasferibili in Casa di Cura Accreditata e dei pazienti fragili destinati.

Il "valore" del percorso decisionale viene valutato in funzione dell'appropriatezza e della tempistica nella scelta, differenziando la fase clinica dai processi organizzativi, in particolare il tempo di attesa per un posto letto di ricovero.

Gli indicatori inseriti nella tabella seguente sono misurati per monitorare il valore clinico e organizzativo:

Indicatore	Valore Target
Ricovero da OBI	< 20% degli accessi in OBI
Pazienti in destinazione / presenti in PS	< 30%
Permanenza media (dalla visita)	≤ 480 minuti dalla visita alla dimissione indipendentemente dal setting
Permanenza oltre 4 giorni	< 0,5% degli accessi
Inserimento in destinazione	≤ 480 minuti dalla visita
Ricovero senza inserimento in destinazione	≤ 480 minuti dalla visita
Permanenza media per il ricovero	≤ 1.000 minuti alla visita al ricovero
Permanenza con ricovero da PS in Terapia Intensiva e Psichiatria	≤ 720 minuti dalla visita al ricovero
Incidenza di ricovero	in relazione a: livello della struttura, modalità di accesso, condizioni epidemiologiche, disciplina di ricovero, dotazione assistenziale, attività e tempistica di ricovero

Si raccomanda prima della chiusura del percorso assistenziale la corretta e attenta compilazione da parte del medico del campo di "Livello appropriatezza accesso" dopo la visita, obbligatorio in tutti gli esiti con esclusione dei casi di "abbandono", come strumento per il monitoraggio della congruità e per una corretta programmazione sanitaria.

Osservazione Breve Intensiva (OBI)

L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) è una modalità organizzativa funzionale prevista dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni n.143/2019, caratterizzata da una permanenza temporale limitata, con l'obiettivo di "migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e aumentare la sicurezza delle dimissioni".

L'area OBI è dotata degli strumenti di monitoraggio e di supporto respiratorio ed è finalizzata ai seguenti obiettivi:

- ▶ osservazione clinica;
- ▶ possibilità di approfondimento diagnostico-terapeutico;
- ▶ terapia a breve termine di patologie a complessità moderata.

L'utilizzo dell'OBI come area di "boarding" viene considerato come percorso non appropriato sia dal punto di vista clinico sia da quello gestionale.

Il Piano Aziendale deve prevedere un percorso formalizzato che consenta di rilevare:

- ▶ l'inserimento del paziente nell'area OBI sulla piattaforma GIPSEWEB;
- ▶ la permanenza per un tempo superiore a 6 ore;
- ▶ la registrazione di almeno una procedura;

I quadri clinici previsti per l'ammissione sono inclusi nella tabella A e B dell'Accordo CRS n.143/2019¹³; il Piano Aziendale può comunque prevedere ulteriori condizioni patologiche, purché associate a specifici percorsi definiti.

La dimissione dall'OBI segue le stesse modalità previste per la dimissione ospedaliera descritte nella presente sezione e prevede la possibilità di ricovero per una percentuale inferiore al 20% degli accessi a tale area.

Dimissione a domicilio

La dimissione a domicilio richiede la preparazione di una documentazione clinica completa, comprensiva delle indicazioni necessarie a garantire la continuità assistenziale. Tale documentazione deve includere, ove necessario, la prescrizione di farmaci, visite e esami, nonché le informazioni relative alle modalità di acquisizione delle immagini. L'attività si conclude con la verifica della corretta comprensione, da parte del paziente e dei caregiver, delle indicazioni fornite. La dimissione a domicilio può articolarsi nelle seguenti modalità:

- ▶ invio al MMG o al PLS;
- ▶ accesso ad ambulatorio di dimissione protetta entro le 72 ore, in grado di eseguire un'attività diagnostica di I livello;
- ▶ presa in carico all'interno di un percorso di continuità, con prenotazione diretta su agende aziendali dedicate per visite, prestazioni o procedure di controllo con indicazione di tipologia di accesso "altro";
- ▶ attivazione di servizi di telemedicina, nelle diverse modalità organizzative inclusa la televisita, per il monitoraggio clinico a distanza, in integrazione con i servizi territoriali;
- ▶ prescrizione di visite o prestazioni con tipologia di accesso "prima visita" e indicazione della priorità;
- ▶ attivazione di percorsi di continuità assistenziale con la ASL di residenza del paziente, finalizzati alla presa in carico nei servizi territoriali o nelle strutture socioassistenziali.

Trasferimento da Pronto Soccorso

Il trasferimento da Pronto Soccorso si distingue in due modalità:

- ▶ **continuità di soccorso:** regolato secondo i criteri e le afferenze previste nei Piani delle Reti Tempo-dipendenti e non Tempo-dipendenti, con l'indicazione che l'Ospedale Hub deve accogliere il paziente indipendentemente dalla disponibilità del posto letto. I documenti di rete definiscono eventuali procedure per ospedali vicarianti, occupazione di sala operatoria o interruzione temporanea di attività. Il trasferimento in continuità di soccorso prevede il teleconsulto con il sistema "ADVICE" e la gestione attraverso i trasporti aziendali, ad esclusione del trasporto in eliambulanza gestito da ARES 118. **Il trasferimento è gestito dal sistema di trasporto aziendale, che deve essere in grado di assicurare il completamento in tempi compatibili con la situazione clinica, comunque, nel caso sia finalizzato a procedure Tempo-dipendenti la Determina n. G12771/2018¹⁴ prevede la possibilità di attivare ARES 118** secondo la seguente modalità: *"In caso di non disponibilità dell'ambulanza a fronte della necessità di centralizzazione urgente del paziente, non ulteriormente prorogabile, dovrà essere contattata la centrale operativa ARES 118 territorialmente competente, che metterà prontamente a disposizione un proprio mezzo, con*

¹³Accordo della Conferenza Stato-Regioni n.143/2019 "Linee di indirizzo nazionale sull'osservazione breve intensiva" recepito con DCA n.361/2019.

¹⁴ Determina G12771/2018 Approvazione della "Procedura di emergenza in caso di non disponibilità di un HUB per l'attività di neuroradiologia interventistica".

medico a bordo fornito dall'ospedale inviante. A tal fine è fatto obbligo per gli Ospedali della Rete dell'Emergenza Regionale di predisporre una procedura per la medicalizzazione del mezzo ARES 118". Nel caso in cui la valutazione clinica dell'Ospedale di riferimento non determini la necessità di ricovero per l'osservazione o l'esecuzione di procedure, il rientro del paziente avviene direttamente, previa comunicazione al TOH dell'Ospedale ricevente.

- ▶ **mancanza di posto letto:** regolato dalla DGR n. 1299/2025 e s.m.i., che prevede il ricorso alle strutture private accreditate, non sede di Pronto Soccorso, per contrastare il fenomeno del boarding. Il Budget di Area Medica di tali strutture deve essere utilizzato per gestire gli episodi di ricovero nelle discipline di Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia secondo i seguenti criteri:
 - ▶ almeno il 95% degli episodi di ricovero provenga da Pronto Soccorso pubblico e privato accreditato;
 - ▶ fino al 5% degli episodi di ricovero possa provenire da altre modalità di accesso.

La DGR n. 1299/2025 prevede le seguenti indicazioni operative:

- ▶ "afferenze generali" da specifici ospedali per la gestione di almeno il 50% degli episodi di ricovero e di "afferenze dedicate" secondo quanto indicato nella Tabella F a/b (DGR 1299/2025 e s.m.i.);
- ▶ ricoveri per acuti nei giorni di sabato e domenica con un valore complessivo medio pari al valore medio dei giorni feriali;
- ▶ "re-invi di pazienti" provenienti da Pronto Soccorso con ricovero nella medesima disciplina in percentuale inferiore al 5% dei pazienti provenienti da Pronto Soccorso.

La CR-COT supporta le Direzioni Sanitarie della Rete Ospedaliera per sviluppare, nelle diverse aree di afferenza, un percorso omogeneo relativo a:

- ▶ modalità di collegamento tra i rispettivi TOH;
- ▶ criteri clinici per garantire il migliore percorso assistenziale;
- ▶ indicazioni operative per la gestione dei trasferimenti;
- ▶ programma permanente di incontri di "Audit & Feedback" tra le strutture afferenti alla medesima area.

Il percorso di trasferimento prevede le seguenti azioni riassunte nella tabella seguente:

Azioni	Pronto Soccorso	TOH Ospedale sede PS	TOH Struttura Accreditata
Selezione delle persone	identifica fin dal giorno precedente le persone in destinazione potenzialmente trasferibili e individua l'area disciplinare		
Richiesta posto letto	Aggiorna periodicamente la lista al TOH	Inoltra al TOH delle Strutture private accreditate entro le ore 10:00	
Disponibilità dei posti letto			Invia al TOH degli Ospedali afferenti la disponibilità dei posti letto entro le ore 10:00. Entro le ore 15:00 invia alla CR-COT per e-mail il numero di posti letto liberi residui, non prenotati, per consentire l'utilizzo di tutte le risorse disponibili

Azioni	Pronto Soccorso	TOH Ospedale sede PS	TOH Struttura Accreditata
Decisione del trasferimento	Condividono le priorità in relazione al quadro clinico, all'area disciplinare e alla disponibilità di posti letto		
Trasferimento		Garantisce la disponibilità di ambulanza dedicata al trasferimento da Pronto Soccorso	

Il trasferimento da Pronto Soccorso verso le strutture private accreditate è gestito dal sistema di trasporto aziendale e deve consentire l'accesso preferibilmente entro le ore 18.00 e, comunque, fino alle ore 20.00.

Il collegamento tra i TOH dell'Ospedale inviante e della Struttura privata accreditata ha l'obiettivo di garantire un periodo di continuità assistenziale e di tutoraggio finalizzata a mantenere la relazione assistenziale, nei casi in cui emergano necessità cliniche non gestibili presso la struttura di destinazione.

La CR-COT svolge un ruolo operativo di monitoraggio e di ricognizione della disponibilità dei posti letto, attraverso l'utilizzo della piattaforma "MPL", con l'obiettivo di:

- ▶ verificare il completo assorbimento dei posti letto disponibili;
- ▶ svolgere un'attività di facilitazione e di raccordo operativo tra i TOH degli Ospedali e delle Strutture private accreditate.

Boarding e Gestione dello stato di Sovraffollamento

Le Linee di Indirizzo Nazionali, CSR 143/2019 recepite nel DCA U00361/2019, raccomandano che "la corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che accedono al P.S. sia un tempo non superiore alle 8 h dall'arrivo, anche nel caso di presentazioni cliniche complesse, in aderenza a quanto evidenziato nella letteratura internazionale".

La permanenza prolungata in Pronto Soccorso in attesa di posto letto di ricovero rappresenta la principale causa del sovraffollamento, come evidenziato nei rapporti regionali di monitoraggio dell'emergenza territoriale e ospedaliera degli ultimi venti anni.

Il fenomeno del boarding non può essere attribuito esclusivamente al Pronto Soccorso. Esso dipende da molteplici fattori organizzativi e assistenziali, tra cui la gestione del flusso di ricovero, la disponibilità di setting alternativi e il livello di autonomia della persona assistita.

La metodologia di gestione intraospedaliera richiede la rilevazione delle condizioni in evoluzione verso lo stato di sovraffollamento, al fine di attivare i ruoli di responsabilità, le azioni organizzative predisposte e gestire in modo appropriato la tempistica della presa in carico.

I pazienti in attesa di ricovero devono essere inseriti nella lista di destinazione, e, qualora la permanenza in Pronto Soccorso superi le 12 h dall'accesso, devono essere presi in carico da parte del personale delle UU.OO. di ricovero, con la finalità di rendere operativo il tempo di boarding e avviare le azioni proprie del percorso di ricovero.

La presa in carico dovrebbe essere effettuata in un'area dedicata, preferibilmente collocata al di fuori dell'area di emergenza. A tale fine, può essere prevista l'attivazione diurna di una "Holding Area" o di ulteriori modelli organizzativi adattati alla singola struttura ospedaliera, con la definizione di procedure per la gestione del percorso assistenziale.

Lo stato funzionale del Pronto Soccorso viene valutato mediante specifici indicatori, riportati nella tabella seguente, riferiti a ciascuna fase assistenziale, visualizzabili sulla piattaforma regionale **"Indicatori Affollamento PS in tempo reale"**, accessibile previa autorizzazione.

Fasi	Indicatore	Valore soglia superiore a
Accesso	Accessi ultime 24h	90° percentile
	Accessi 118 ultime 24 h	Target cruscotto Ospedali ASL RM1/RM2/RM3; 90° percentile Ospedali ASL Roma 4-5-6 e Province
Gestione	Pazienti presi in carico (triage, visita, destinazione)	N° postazioni di stazionamento disponibili
	Pazienti presi in carico (triage, visita, destinazione)	90° percentile dei presenti alle ore 14:00
Attesa Ricovero	Destinazione in attesa di ricovero-trasferimento (RT) > 24h	20% sul totale dei presenti in PS
	Destinazione in attesa di ricovero-trasferimento (RT)	Valore mediano di ricoveri/trasferimenti giornalieri

Le postazioni di stazionamento disponibili comprendono presidi fissi e mobili¹⁵, da indicare nel Piano Aziendale nella sezione "Flusso di Pronto Soccorso", prevedendo un volume inferiore al valore del 90° percentile dei pazienti presenti alle ore 14.

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

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

La Direzione Sanitaria è responsabile della gestione degli interventi straordinari fino alla completa risoluzione dello stato di sovraffollamento e individua le figure di riferimento appartenenti ai diversi ambiti professionali coinvolti nell'attivazione degli interventi previsti.

Il Piano Aziendale deve descrivere, in relazione all'organizzazione della struttura, le azioni predisposte, eventualmente articolate secondo livelli progressivi di allerta e di intervento.

La gestione dello stato di sovraffollamento ha l'obiettivo di ripristinare condizioni organizzative idonee ad assicurare adeguati livelli di assistenza:

- riequilibrio del rapporto costante tra personale sanitario e numero di pazienti assistiti;
- presa in carico dei nuovi accessi nei tempi previsti;
- attivazione di percorsi straordinari di ricovero.

Il piano aziendale deve prevedere la descrizione degli interventi straordinari adottati:

- il "rinforzo temporaneo" del personale sanitario e professionale del Pronto Soccorso e, ove necessario, dei servizi, attraverso la riallocazione di risorse provenienti da altri servizi o in regime di pronta disponibilità;

¹⁵ Barelle, poltrone, letti e sedute tecniche

- ▶ l'attivazione di postazioni di lavoro aggiuntive per la presa in carico dei nuovi accessi;
- ▶ l'utilizzo di un cruscotto straordinario di posti letto e/o letti tecnici in sovrannumero o in appoggio presso i reparti di degenza;
- ▶ l'utilizzo di aree non previste dal cruscotto programmato, quali i reparti di week surgery, "Holding Area" centrale o di reparto, "Discharge Room", posti letto a disposizione della Direzione Sanitaria o di ulteriori modelli organizzativi adattati al contesto aziendale, non gestiti dal personale di Pronto Soccorso;
- ▶ la rimodulazione temporanea della dotazione dei posti letto a favore delle aree disciplinari a maggiore fabbisogno, in conformità con quanto previsto dal DM n. 70/2015, valutando anche le aree disciplinare con un indice di occupazione inferiore all'80%;
- ▶ la sospensione dei ricoveri di elezione, ad esclusione della chirurgia oncologica o degli interventi con classe di priorità A;
- ▶ l'attivazione di personale di supporto finalizzato a garantire interventi di accoglienza e di assistenza ai pazienti e ai loro caregiver, in considerazione dello stato di sovraffollamento e del prolungamento dei tempi di attesa di ricovero.

La Direzione Sanitaria Aziendale, in presenza di condizioni di sovraffollamento, è l'unica competente a richiedere alla Direzione Sanitaria di ARES 118 eventuali modifiche temporanee dei flussi, condividendo con la stessa le iniziative compatibili con la situazione complessiva della Rete. Tali comunicazioni dovranno essere inserite nella piattaforma di "comunicazione rapida" di ARES 118.

Tali interventi non possono interferire sulle procedure di centralizzazione previste nei Piani Rete di Emergenza e Reti Tempo-dipendenti, nei quali sono declinate le modalità di gestione delle situazioni cliniche specifiche.

Flusso di Ricovero

La DGR n. 115/2026 prevede che l'organizzazione ospedaliera venga sviluppata per percorsi, obiettivi assistenziali e aree omogenee di ricovero, al fine di offrire una risposta coerente con il fabbisogno attraverso l'integrazione delle competenze e il potenziamento della continuità assistenziale, adattando progressivamente gli spazi a un utilizzo flessibile.

La configurazione della struttura ospedaliera deve essere programmata integrando gli obiettivi della mission aziendale con il fabbisogno assistenziale individuando una metodologia di gestione della capacità di ricovero per ciascun setting di accesso:

- ▶ **Pronto Soccorso:** programmazione di un cruscotto settimanale del fabbisogno di posti letto per area disciplinare, Unità Operativa, intensità di cura e trasferimenti in Casa di Cura Accreditata;
- ▶ **Elezione:** determinazione dei volumi sulla base della lista di attesa, delle priorità per area disciplinare, della capacità di assorbimento dei servizi, della disponibilità di sala operatoria, della tempistica pre-procedura e del turnover dei posti letto;
- ▶ **Trasferimenti per ruolo di riferimento di Rete o di Alta Specializzazione:** monitoraggio dei trasferimenti per continuità di cura da ospedali non dotati della specifica competenza.

Il valore assistenziale è costituito dalla fluidità del percorso nel setting di cura più idoneo, per il tempo strettamente necessario, garantendo contestualmente la continuità terapeutica nel post-ricovero.

Il Piano Aziendale deve descrivere la programmazione del percorso di ricovero mediante il coordinamento delle ammissioni, la pianificazione delle degenze, la gestione dei posti letto, l'approccio multiprofessionale e la tempistica dei servizi, delle attività o delle procedure.

La regia operativa del flusso è affidata al TOH, che monitora la realizzazione degli indirizzi predisposti nel Piano e supporta la rete professionale per garantire i collegamenti, il setting e la tempistica adeguata. Il TOH ha il compito di rilevare attraverso gli eventuali scostamenti dagli standard programmati e facilitare il recupero di efficienza organizzativa mediante le azioni previste dal Piano.

Il Piano deve prevedere le attività necessarie a garantire un appropriato utilizzo e turnover dei posti letto:

- ▶ indice di occupazione superiore all'85%;
- ▶ indice di ricoveri a rischio di inappropriatezza inferiore al 15%;
- ▶ previsione di dimissione, con comunicazione al TOH da parte delle UU.OO., entro le ore 15:00 del giorno precedente;
- ▶ predisposizione di percorsi di dimissione programmati con 24 ore di anticipo al fine di rendere disponibile il posto letto entro le ore 11:00, anche mediante l'individuazione di aree dedicate di attesa;
- ▶ effettuazione di almeno il 60% dei ricoveri da Pronto Soccorso entro le ore 14:00;
- ▶ mantenimento della capacità di dimissione/ammissione nei giorni prefestivi e festivi.

Il monitoraggio dei percorsi di ricovero deve prevedere una metodologia strutturata di rilevazione e intervento, finalizzata alla manutenzione e all'ottimizzazione dei seguenti ambiti:

- ▶ percorsi assistenziali multidisciplinari finalizzati all'appropriatezza e alla riduzione della durata della degenza;
- ▶ tempistiche definite per le consulenze specialistiche;
- ▶ priorità di accesso all'attività diagnostica e terapeutica, con definizione di indicatori di monitoraggio dalla richiesta all'esecuzione e alla refertazione;
- ▶ preparazione centralizzata e strutturata della lista operatoria in relazione alle liste di attesa;
- ▶ attivazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti fragili;
- ▶ valorizzazione delle attività finalizzate al recupero dell'autonomia funzionale;
- ▶ riconoscimento e gestione delle condizioni che determinano lo scostamento dalla degenza media attesa.

Il Trasferimento per continuità di cura di pazienti ricoverati, in caso di insorgenza di condizioni di emergenza/urgenza o di necessità di competenze specifiche, deve prevedere la presa in carico della persona secondo le modalità e i criteri definiti nei Piani delle Reti di Emergenza, tempo-dipendenti e network di patologia.

La richiesta di trasferimento deve utilizzare il sistema di Teleconsulto "ADVICE" disponibile da reparto, come descritto nella specifica sezione di questo documento.

Le modalità di trasferimento rispettano quanto previsto nella sezione relativa ai "Trasferimenti da Pronto Soccorso".

Il Piano Aziendale deve prevedere l'organizzazione dell'accesso della persona nell'Ospedale di riferimento direttamente nella struttura di erogazione operativa della procedura di emergenza/urgenza o nel reparto di competenza, al fine di evitare il passaggio e la permanenza in Pronto Soccorso.

La Direzione Sanitaria deve sviluppare un modello di presa in carico multidisciplinare per il paziente fragile/geriatrico con l'inserimento di specialisti geriatri per la gestione di problematiche comportamentali, dissociative e degenerative e di mantenimento della autonomia residua.

Area ad Alta Intensità di Cura

Il Consiglio Superiore di Sanità¹⁶ ha definito gli obiettivi e le principali linee di attività del programma di implementazione dei posti letto ad alta intensità di cura, oggetto di un significativo investimento nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'implementazione dell'area assistenziale "critica" ha la finalità di migliorare la capacità di assorbimento assistenziale nel setting idoneo delle emergenze/urgenze con necessità di monitoraggio e assistenza avanzata, dei ricoveri chirurgici programmati con monitoraggio intensivo post-operatorio, dei ricoveri in Terapia intensiva e Semintensiva e la gestione di eventuali maxiemergenze.

L'impegno di risorse professionali e tecnologiche in quest'area di ricovero deve garantire un elevato "valore assistenziale", attraverso modelli organizzativi caratterizzati da coordinamento e flessibilità strutturale e operativa.

Le Aziende Sanitarie Locali e le Strutture Ospedaliere devono prevedere l'istituzione di un Coordinamento Aziendale dell'Area ad alta intensità di cura, comprendente Terapia Intensiva e Semintensiva, con l'obiettivo di sviluppare una rete aziendale strutturata di percorsi omogenei per l'accesso, la gestione clinica e il progressivo rientro dei pazienti nei reparti ordinari, attivando una collaborazione multidisciplinare di continuità assistenziale fino alla completa stabilizzazione del paziente.

Il piano aziendale deve contenere:

- ▶ l'istituzione del coordinamento aziendale multidisciplinare dell'area ad alta intensità di cura e l'individuazione della figura professionale di riferimento;
- ▶ la definizione dei percorsi di accesso e dimissione nell'area ad alta intensità di cura e di continuità assistenziale con i reparti ordinari;
- ▶ l'attivazione di sistemi di monitoraggio dei percorsi assistenziali.

I posti letto di Terapia Semintensiva sono stati programmati dalle Aziende, secondo la loro organizzazione, sviluppando due modalità operative:

- ▶ struttura assistenziale autonoma da identificare con codice disciplina 94;
- ▶ posti letto strutturati all'interno dei reparti ordinari secondo quanto previsto dal DL 34/2020 da identificare codice disciplina xx.94 (xx.93 per stabilimento 02).

¹⁶ Il Consiglio Superiore di Sanità¹⁶ nel documento "Sviluppo organizzativo e gestionale dell'area critica e percorso diagnostico terapeutico-assistenziale (PDTA) nel SSN" del 13 febbraio 2023

Il DCA n. U00096/2020¹⁷ ha definito, che il 30% di posti letto di Terapia Semintensiva di nuova programmazione sia destinato all'area di emergenza, in coerenza con quanto previsto nel DCA n. U0008/2011¹⁸.

Percorso Chirurgico

Il ricovero per intervento chirurgico programmato rappresenta una delle principali missioni della struttura ospedaliera; il relativo percorso è disciplinato dalla Determina n. G11271 del 01.10.2020 e dalle successive note operative (n. 1 prot. 1222743/2023, n. 2 prot. 0709950/2024, n. 3 prot. 0655207/2025).

Il percorso chirurgico è stato sviluppato secondo le seguenti linee di attività:

- ▶ centralizzazione aziendale della programmazione chirurgica mediante istituzione del Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica (GAPAC);
- ▶ definizione del percorso chirurgico aziendale;
- ▶ disponibilità di piattaforma regionale per il monitoraggio della lista di attesa e del registro operatorio (Lista di Attesa Intervento Chirurgico – LAIC);
- ▶ programma regionale di miglioramento mediante Audit & Feedback, site visit e formazione sul campo, finalizzata alla “performance di sala operatoria”.

Il “valore” assistenziale viene correlato alla capacità di gestione integrata dei percorsi di ricovero e di programmazione operatoria, garantendo:

- ▶ la manutenzione della piattaforma regionale della lista di attesa per gli interventi chirurgici (LAIC);
- ▶ l'adozione dei criteri per la selezione delle priorità;
- ▶ una degenza media preoperatoria per gli interventi di elezione inferiore a 1,5 giorni;
- ▶ l'esecuzione degli interventi di Classe A oncologica per almeno il 90% dei casi entro i tempi previsti.

La Direzione Aziendale deve garantire l'applicazione e l'operatività delle indicazioni regionali mediante:

- ▶ la predisposizione della lista di attesa secondo le indicazioni di priorità nazionali e regionali;
- ▶ l'organizzazione della lista operatoria in funzione della lista di attesa e nel rispetto della tempistica prevista per la classe A e per la patologia oncologica;
- ▶ la predisposizione di un progetto di autosufficienza con ampliamento delle ore disponibili e non utilizzate di sala operatoria con definizione del cronoprogramma e del fabbisogno di risorse umane e tecnologiche;
- ▶ lo sviluppo di un programma per l'utilizzo ottimale delle sale operatorie attive con un “tempo valore” superiore al 75%;
- ▶ il monitoraggio e lo sviluppo di progettualità sui tempi preoperatori degli interventi non programmati, non inseriti nella lista di attesa ed eseguiti oltre le 24 ore dall'accesso in ospedale.

Prevenzione e Controllo delle Infezioni

Il programma di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) prevede l'adozione di misure standardizzate di igiene, la formazione continua e la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza

¹⁷ DCA n. U00096 del 21 luglio 2020 “Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19”

¹⁸ DCA n. U0008/2011 Modifica dell'Allegato 1 al DCA U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60), c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 - Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”.

(ICA), attraverso gli organismi previsti dalla normativa vigente, con l'obiettivo di ridurre il rischio infettivo mediante approcci fondati sull'uso appropriato degli antibiotici.

La Direzione Aziendale deve garantire il governo del rischio infettivo attraverso la realizzazione operativa e il monitoraggio delle azioni previste nei seguenti documenti di indirizzo nazionali e regionali:

- ▶ Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani (Determina G02044/2021);
- ▶ Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - PanFlu 2021-2023 (DGR n. 84/2022);
- ▶ Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (Determina n. G16501/2022);
- ▶ Linee di indirizzo per la prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi (DGR n. 460/2024);
- ▶ Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza PARCA 2026-2028 (Determina n. G17673/2025).

La rilevanza organizzativa e clinica dell'evento infezione sul percorso di ricovero richiede che gli organismi aziendali deputati alla rilevazione e alla gestione del rischio infettivo perseguano la realizzazione di:

- ▶ un programma aziendale di antimicrobial stewardship;
- ▶ un percorso formalizzato per l'applicazione delle indicazioni del *Surviving Sepsis Campaign*;
- ▶ protocolli di profilassi o trattamento nelle linee di attività ad alto volume o rischio infettivo;
- ▶ un programma di miglioramento con attività di Audit & Feedback e di formazione sul campo.

La Direzione Aziendale deve attivare un programma di monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'uso appropriato degli antibiotici, con un focus particolare sulle infezioni del sito chirurgico (ISC), e renderlo disponibile negli incontri regionali di monitoraggio delle performance.

La presenza di un'infezione determina una maggiore complessità clinica e un maggiore assorbimento di risorse assistenziali con un prolungamento della degenza, per cui la condizione deve essere rilevata, correttamente, nella Scheda di Dimissione Ospedaliera con l'inserimento di almeno uno dei codici ICD-9-CM riportati nella tabella seguente.

Condizione clinica	Patologia	ICD-9-CM
Infezione post-operatoria	ascesso post-operatorio	998.51
	altra infezione postoperatoria	998.59
	complicazioni respiratorie post-operatorie	997.3
Infezione e reazione infiammatoria dovuta	dispositivo, impianto o innesto	996.6x p
	protesi vascolare (es. cateteri venosi centrali)	996.62
	catetere urinario	996.64
	protesi articolari	996.66
	Infezione del sistema circolatorio successiva a cateterismo	999.31
Infezione sistemica	setticemia	038.x
	batteriemia	790.7
	infezione da microrganismi resistenti ai farmaci	V09.x

Condizione clinica	Patologia	ICD-9-CM
	sepsi	995.91
	sepsi severa associata a insufficienza acuta d'organo	995.92
	shock settico	785.52
patologia infettiva	diagnosi specifica	xx.x
	polmonite da ventilatore (VAP):	997.31
	polmoniti batteriche specifiche	482.x

Gli organismi aziendali devono produrre un report trimestrale in grado di integrare le seguenti informazioni per disciplina e reparto:

- ▶ volumi e caratteristiche delle infezioni;
- ▶ rilevazione dei risultati microbiologici;
- ▶ utilizzo dei farmaci, anche mediante la classificazione AWaRe dell'OMS;
- ▶ correlazione con l'uso di dispositivi medici;
- ▶ analisi sull'impiego dei presidi di Infection Prevention and Control.

Programma di Donazione di Organi e Tessuti

La donazione di organi e tessuti rappresenta un atto etico di elevato valore sociale, fondato sui principi di solidarietà, altruismo e responsabilità collettiva, che consente di trasformare un evento drammatico in un'opportunità di speranza di vita per altre persone.

L'elevata percentuale di opposizioni alla donazione, sia registrate presso l'anagrafe sia espresse dai familiari o dai caregiver in assenza di una preventiva "espressione di volontà personale", rende necessaria un'attività capillare di comunicazione e sensibilizzazione.

La Direzione Aziendale ha il compito di promuovere la cultura della donazione, in particolare nelle ASL, con programmi inseriti nelle attività di promozione della salute, di informazione anche tramite le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità.

Il CRT promuove e supporta modelli informativi e formativi finalizzati alla valorizzazione della donazione e alla segnalazione di ogni potenziale donatore con lo scopo di costituire, quale indicatore di "valore", una Rete di "Ospedali donativi" sull'intero territorio regionale.

La Direzione Aziendale istituisce il Coordinamento Ospedaliero per il Procurement (COP) per la gestione dei programmi di donazione, comprensivi della formazione del personale sanitario ospedaliero finalizzata alla segnalazione di ogni possibile caso di potenziale donatore da parte di ogni medico delle UU.OO..

Il CRT supporta le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere nella predisposizione del documento aziendale relativo all'istituzione e al funzionamento dei COP, nell'applicazione dei percorsi strategici di donazione e trapianto, nella declinazione della sostenibilità operativa, sia strutturale sia di personale.

Il Centro Regionale Trapianti (CRT) coordina i COP con la finalità di:

- ▶ rendere omogenea la metodologia della loro attività sul territorio regionale;
- ▶ supportare la cooperazione multidisciplinare nel management del donatore finalizzata all'ottimizzazione del profilo clinico-funzionale, al fine di aumentare l'utilizzo di organi e tessuti;
- ▶ favorire l'integrazione dei COP in una rete professionale in continuità con i Centri Trapianti Regionali;
- ▶ sviluppare la rete di potenziali "second opinion" per una migliore definizione del "rischio di potenziale trasmissione patologica donatore-ricevente";
- ▶ sostenere la cooperazione multidisciplinare tra COP-CRT e Centro Nazionale Trapianti (CNT);
- ▶ sostenere i registri regionali dei cerebrolesi e della donazione di tessuti;
- ▶ prevedere un programma semestrale di Audit & Feedback.

Il CRT condivide con i COP documenti operativi relativi alle procedure di segnalazione e attivazione dei percorsi di donazione per organi solidi, della cornea e dei tessuti:

- ▶ Percorso di donazione a cuore fermo DCD e DCD cuore;
- ▶ Criteri di inserimento in lista di attesa specifici per organo;
- ▶ Programmi ICOD (intensive Care to facilitate Organ Donation) finalizzati a standardizzare l'identificazione precoce dei potenziali donatori fuori dalla terapia intensiva con l'avvio precoce delle cure intensive non terapeutiche per massimizzare il potenziale donativo.

La Direzione Aziendale deve sostenere i programmi del CRT finalizzati a:

- ▶ implementazione di programmi strutturati di donazione di tessuto, in particolare, cornea, muscoloscheletrico, segmenti vascolari e valvole cardiache in cooperazione attiva con le relative banche presenti in regione;
- ▶ estensione del programma DCD;
- ▶ sviluppo e completezza dei registri degli arresti cardiaci intraospedalieri ed extraospedalieri, dei cerebrolesi, dello scompenso cardiaco e dell'insufficienza renale cronica;
- ▶ attività ECMO regionale con codice viola;
- ▶ programma di desensibilizzazione immunologica di pazienti iperimmunizzati.

Nell'ambito dell'attività di teleconsulto ADVICE, utilizzata nelle Reti di Emergenza e Tempo-dipendenti, è previsto un campo specifico per la segnalazione dei potenziali donatori da parte dei Centri Hub, con l'obiettivo di attivare precocemente le procedure di individuazione e valutazione previste a finalità donativa da parte della struttura Spoke in assenza di indicazioni al trasferimento.

Il CRT predispone con la collaborazione dei COP un report quadrimestrale da inviare all'Area Rete Ospedaliera e Specialistica con la rilevazione delle segnalazioni, dei pazienti esclusi, delle opposizioni, degli organi utilizzati e del volume di trapianti di organo, multiorgano e DCD.

Gli obiettivi regionali prevedono, oltre alla riduzione delle opposizioni, il raggiungimento dei seguenti target di segnalazione:

- ▶ **80% dei potenziali donatori di organi solidi;**
- ▶ **8% dei potenziali donatori di cornea in relazione ai decessi di soggetti con età compresa tra 18 e 80 anni.**

Gli indicatori relativi alle segnalazioni e ai donatori utilizzati sono inseriti nel sistema di monitoraggio delle performance assistenziali ospedaliere e nel Nuovo Sistema di Garanzia.

Dimissione Ospedaliera

Il percorso di dimissione ospedaliera del paziente costituisce un processo preparato, condiviso e programmato definito in relazione al quadro clinico e alle necessità sociosanitarie della persona e dei suoi caregiver.

La preparazione della dimissione ospedaliera si configura come un processo di rivalutazione, svolto durante il ricovero, finalizzato a individuare progressivamente eventuali limiti o criticità nell'autonomia della persona assistita e nella capacità di accoglienza e supporto del contesto familiare con l'obiettivo di identificare, precocemente, la modalità e la sede assistenziale più appropriate al termine del ricovero.

La tempestiva presa in carico del percorso risulta determinante per prevenire il prolungamento improprio della degenza attraverso l'attivazione delle strutture e dei servizi necessari.

L'individuazione delle potenziali dimissioni difficili prevede diversi momenti, mediante l'utilizzo di scale validate:

- ▶ **in Pronto Soccorso**, al momento della decisione del ricovero, con la segnalazione di specifici fattori relativi a età > 80 anni, compromissione dell'autonomia cognitiva e/o relazionale e di cura;
- ▶ **entro le 24 ore dal ricovero**, mediante la rilevazione approfondita dei bisogni socioassistenziali, integrata con l'analisi del contesto sociale e familiare, con il supporto di strumenti e scale di valutazione dedicati;
- ▶ **durante il ricovero**, attraverso la rilevazione di eventuali ulteriori condizioni cliniche o sociali che richiedano la rivalutazione dei bisogni assistenziali.

Il riconoscimento di una potenziale dimissione difficile comporta l'immediata attivazione del Team Operativo Ospedaliero (TOH) per la presa in carico del percorso, ove necessario in cooperazione con la COT-A competente.

Il percorso di dimissione prevede le seguenti azioni:

- ▶ preparazione anticipata della lettera di dimissione secondo una metodologia aziendale, che descriva in modo dettagliato:
 - ▶ il motivo del ricovero e la diagnosi;
 - ▶ le condizioni cliniche e i relativi score all'accesso in Pronto Soccorso e durante la degenza;
 - ▶ le patologie concomitanti;
 - ▶ gli esiti delle consulenze specialistiche, delle procedure diagnostiche e terapeutiche, degli interventi chirurgici e degli esami di laboratorio rilevanti;
 - ▶ la terapia farmacologica eseguita durante il ricovero e quella prescritta alla dimissione;
 - ▶ le condizioni cliniche e gli score clinici alla dimissione;
 - ▶ il programma dopo la dimissione, comprensivo di eventuale attivazione di servizi di telemedicina e dei principi di educazione terapeutica;
 - ▶ i riferimenti dei referenti clinici della struttura di ricovero.
- ▶ preparazione della consegna dei farmaci, anche per le dimissioni effettuate nei giorni prefestivi e festivi;
- ▶ organizzazione della uscita entro le ore 12.00, anche attraverso l'istituzione di aree funzionali dedicate ("Discharge room").

La dimissione può prevedere le seguenti modalità:

- ▶ **dimissione protetta**, con il mantenimento della continuità assistenziale da parte della struttura di ricovero, che predispone un programma di controlli e procedure diagnostico-terapeutiche nei 30 giorni successivi alla dimissione;
- ▶ **dimissione a domicilio con prenotazione proattiva** di visite e esami nel caso in cui la persona venga inserita in un percorso di presa in carico correlato alla specifica patologia nella stessa struttura, con tipologia di accesso “altro”;
- ▶ **dimissione a domicilio con o senza prescrizione**, con tipologia di accesso “prima visita” e indicazione della priorità;
- ▶ **cambio di setting**, secondo la metodologia e i criteri adottati nella DGR n.621/2025¹⁹, che definisce le modalità operative per ciascun livello assistenziale.

Le Aziende Ospedaliere devono assicurare la continuità farmaco-terapeutica mediante l'erogazione della terapia farmacologica relativa al primo ciclo terapeutico per il periodo immediatamente successivo alla dimissione da ricovero ospedaliero, sia verso il domicilio sia verso altri setting sanitari o sociosanitari, ai sensi della Legge n. 405/2001.

Nel Piano Aziendale deve essere prevista la procedura per la consegna di farmaci inclusi nel Prontuario Terapeutico Regionale vigente, nel rispetto delle note AIFA e previo accertamento della presenza del Piano terapeutico, quando richiesto.

Il medico responsabile della dimissione trasmette la scheda di prescrizione al Servizio Farmaceutico Ospedaliero che, verificata la completezza e l'appropriatezza della terapia prescritta, autorizza l'allestimento di un pacchetto personalizzato di farmaci, da consegnare al reparto per la successiva consegna al paziente in dimissione o in trasferimento in altro setting. A tal fine, risulta determinante la programmazione anticipata delle dimissioni nei giorni prefestivi e festivi, così da garantire la distribuzione dei farmaci in coerenza con l'apertura del Servizio Farmaceutico Ospedaliero, senza ritardare la dimissione.

Cambio setting

Le Strutture Ospedaliere invianti hanno il compito di garantire la continuità assistenziale attraverso il collegamento operativo dei TOH, mantenendo un ruolo di tutoraggio nel periodo equivalente alla “dimissione protetta”, qualora risultino necessarie consulenze specialistiche, approfondimenti diagnostici o interventi terapeutici non disponibili nella struttura di cambio di setting, utilizzando anche i servizi di telemedicina. Le Strutture Ospedaliere invianti costituiscono il riferimento per l'eventuale necessità di nuovo ricovero in fase di acuzie per una condizione patologica in continuità con il precedente.

La piattaforma Transitional Care rappresenta lo strumento di governo del cambio di setting, e prevede specifiche attività di monitoraggio con l'obiettivo di raggiungere entro il 2026 un valore di accessi attraverso questo strumento superiore al 95% dei ricoveri in post-acuzie provenienti da strutture della Rete Ospedaliera.

Le principali procedure relative al cambio di setting sono descritte sinteticamente nelle tabelle seguenti, articolate per ciascun soggetto coinvolto nel processo e per livello assistenziale.

¹⁹ DGR 621/2025 “Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care”

La realizzazione del cambio di setting in tempi coerenti con il bisogno assistenziale richiede che i TOH sviluppino un processo organizzativo che preveda:

- ▶ valutazione precoce, appropriata e strutturata del bisogno assistenziale;
- ▶ corretta individuazione del setting;
- ▶ verifica della coerenza e completezza della documentazione prevista per ciascun setting;
- ▶ coordinamento con le COT-A/D per la definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) nei setting specifici;
- ▶ prescrizione di ausili e presidi.

A. **verso post-acuzie ospedaliera (codice 28, 56, 60, 75)** secondo una procedura unica sia per il trasferimento da Ospedale per acuti verso strutture di post-acuzie, sia tra diversi livelli di strutture di post-acuzie.

La tempistica del trasferimento dipende anche dalla corretta identificazione del setting appropriato per la specifica condizione clinica, per cui si raccomanda il coinvolgimento attivo dei fisiatri.

Azioni	Pronto Soccorso	TOH Ricovero per acuti	TOH Ricovero post-acuzie
Individuazione del setting assistenziale	Riconosce il fabbisogno clinico-assistenziale e indica il livello assistenziale		
Inserimento richiesta	Inserisce le informazioni clinico-assistenziali e la data prevista di dimissione	verifica la completezza e, in caso di documentazione mancante, inoltra eventuale richiesta di integrazione al reparto	
Trasmissione richiesta	Il reparto nelle fasi successive deve comunicare l'eventuale variazione delle condizioni cliniche, che possano determinare uno spostamento della data di dimissibilità o la coerenza con il setting assistenziale individuato	Condivide il setting assistenziale proposto e inoltra la richiesta specificando la data di potenziale dimissione La richiesta a più strutture di post-acuzie deve essere selezionata e deve essere rivolta al massimo a sette strutture per persona	Risponde entro 48 h lavorative indicando la data di ricovero o il criterio di esclusione o richiede al TOH della struttura di ricovero approfondimenti sulla coerenza della richiesta
Accettazione della disponibilità		Individua entro 24h tra le Strutture che hanno proposto una data di disponibilità di ricovero la più congrua rispetto alla tempistica, alla risposta assistenziale e alla prossimità	Riceve la conferma dell'accettazione e prepara il ricovero
Variazione della data di trasferimento		Le TOH devono mantenere nel periodo intercorrente tra l'accettazione e il trasferimento una comunicazione attiva per condividere l'eventuale variazione delle condizioni cliniche e la modifica della data di trasferimento	
Cambio di setting	Predisporre la documentazione per la	Organizzazione della dimissione	Registra l'accesso al ricovero

Azioni	Pronto Soccorso	TOH Ricovero per acuti	TOH Ricovero post-acuzie
	dimissione con consegna dei farmaci per il primo ciclo terapeutico	Registra la dimissione o l'eventuale trasferimento in altro setting	

Il personale del Reparto e/o il TOH, secondo l'organizzazione aziendale, devono condividere con il paziente e i suoi caregiver la selezione delle strutture a cui inviare la richiesta per il trasferimento in post-acuzie, prendendo in considerazione la corrispondenza con il bisogno-clinico assistenziale, la prossimità e le eventuali preferenze espresse, considerando prioritaria la struttura che garantisce la disponibilità in una data più prossima a quella prevista per la dimissione, consentendo di ridurre i rischi, connessi a una permanenza in ospedale non necessaria dal punto di vista assistenziale, e di ridurre le attese di ricovero, offrendo un pieno utilizzo dei posti letto.

Il trasferimento verso strutture di ricovero o residenziali deve avvenire entro le ore 20.00 del giorno programmato.

La DGR n.1299/2025 e la Determina n. G02041/2026 prevedono che le strutture di post-acuzie, qualora accreditate, effettuino trattamenti dialitici per patologie concomitanti durante il ricovero procedendo alla rendicontazione sul sistema SIASXL delle prestazioni incluse nel pacchetto V56.

- B. **verso i servizi territoriali** (cure palliative, RSA per persone non autosufficienti anche anziane, cure domiciliari, riabilitazione territoriale intensiva, Assistenza domiciliare integrata, dimissione concordata, Ospedale di Comunità): l'attivazione avviene, allo stato attuale, mediante la Scheda Unica di Attivazione, mentre è in corso l'integrazione del processo all'interno della piattaforma Transitional Care.

I TOH sono tenuti, in coerenza con il modello di Transitional Care previsto dalla DGR n. 621/2025 e s.m.i., a garantire sin dalla fase di accesso una valutazione precoce, appropriata e strutturata del bisogno assistenziale, assicurando la corretta individuazione del setting, già in ambito ospedaliero, la completa e tempestiva trasmissione della modulistica, prevista dalle indicazioni regionali, nonché la verifica di coerenza e completezza documentale.

I TOH devono inoltre attivare, ove necessario, i percorsi valutativi multidimensionali (UVMO), coordinarsi con le COT per la definizione del PAI e organizzare dimissioni protette entro i tempi previsti, comprensive di tutte le prescrizioni (ausili, presidi e terapia), al fine di garantire continuità ospedale-territorio, appropriatezza delle attivazioni e riduzione di ritardi e criticità che contribuiscono al sovraffollamento. La documentazione nel caso di richiesta di attivazione dell'ADI deve essere completata con il modulo di scelta degli enti accreditati ADI con ordine di preferenza.

Il Piano deve definire l'organizzazione e i criteri del percorso di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (VMO), che il TOH coordina e verifica sul campo.

Azioni	Pronto Soccorso	TOH Ricovero per acuti	COT A/COT D
Individuazione del setting assistenziale	Riconosce il fabbisogno clinico-assistenziale e indica il livello assistenziale		
Inserimento richiesta	Inserisce le informazioni clinico-assistenziali e la	Verifica la completezza e, in caso di documentazione mancante,	

Azioni	Pronto Soccorso	TOH Ricovero per acuti	COT A/COT D
	data prevista di dimissione	inoltra eventuale richiesta di integrazione al reparto	
Valutazione multidimensionale	Comunica l'eventuale variazione delle condizioni cliniche, che possano determinare uno spostamento della data di dimissibilità o la coerenza con il setting assistenziale individuato	Attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), che propone il piano assistenziale	
Invio della richiesta		Il TOH degli Ospedali a gestione diretta della ASL la invia direttamente alla COT D, mentre per le altre strutture Ospedaliera il riferimento è rappresentato dalla COT A Per le Cure Palliative il TOH invia sempre alla COT-A di residenza	La COT competente, in accordo con il Servizio distrettuale di riferimento per il setting proposto, definisce le modalità esecutive
Definizione del percorso entro 48 h		Attiva la richiesta del servizio	La COT competente delega la valutazione esclusivamente alla UVMO per la conferma dell'appropriatezza del setting proposto, la definizione del bisogno assistenziale e la successiva stesura del Piano di Assistenza, anche in considerazione di eventuali procedure concordate tra le Aziende coinvolte
		Valutazione attraverso il teleconsulto entro le 48 h	La COT competente rileva la necessità di ulteriori approfondimenti per la valutazione del bisogno assistenziale e/o per l'individuazione del <i>setting</i> appropriato e la definizione del Piano di Assistenza, per cui pianifica una valutazione multidimensionale congiunta tra UVMD e UVMO, da eseguire tramite teleconsulto
		Valutazione in presenza entro le 72 h	La COT competente ritiene indispensabile la valutazione della persona da parte della UVMD presso il reparto ospedaliero, la quale deve essere svolta entro le successive 72 h per individuare il <i>setting</i> assistenziale appropriato e definire il Piano di Assistenza

Azioni	Pronto Soccorso	TOH Ricovero per acuti	COT A/COT D
		L'UVMO elabora, in presenza dei criteri di eleggibilità, il piano e attiva i servizi e nel caso di dimissione concordata in cure domiciliari, della durata massima di 15 giorni, che dovrà essere rivalutato o confermato dall'UVMD entro i 7 giorni successivi alla sua attivazione	In assenza di riscontro entro 48 h lavorative dalla data di invio della richiesta, da parte della COT competente, attiva i servizi richiesti come da UVMO, pervia comunicazione diretta. La COT competente pianifica l'invio dell'UVMD entro i 7 giorni successivi alla sua attivazione
Cambio di setting		Viene registrata la dimissione	Viene registrato l'accesso ai servizi

Le Aziende Sanitarie Locali devono prevedere, nel Piano Aziendale, programmi e processi di collaborazione e integrazione con le Strutture della Rete Ospedaliera presenti sul proprio territorio, sviluppando percorsi sociosanitari con i Comuni e i Municipi di riferimento territoriale nell'ambito della Conferenza Locale Sociale e Sanitaria, in particolare per le persone prive di un riferimento residenziale.

Percorso di Back Transfer e Rientro in Ospedale

Il governo clinico della Rete Ospedaliera deve garantire la gestione coordinata del paziente in carico nei diversi setting assistenziali, al fine di rispondere alle esigenze assistenziali e prevenire accessi non programmati in Pronto Soccorso.

Il percorso è gestito attraverso il collegamento tra i TOH e le COT-A, con l'utilizzo della piattaforma Transitional Care.

Back Transfer

Il trasferimento di un paziente da un Ospedale Hub verso l'Ospedale di provenienza o di riferimento territoriale, secondo un gradiente decrescente di intensità clinico-assistenziale, rappresenta un processo organizzativo finalizzato all'ottimizzazione delle risorse.

La procedura può essere applicata nei casi di centralizzazione o trasferimento per ricovero in Terapia Intensiva al di fuori delle Reti di Emergenza, Tempo-dipendenti o di Patologia. Il percorso prevede le seguenti fasi:

- ▶ il TOH dell'Ospedale Hub o di alta specializzazione trasmette la richiesta al TOH dell'Ospedale individuato per il rientro, definendo l'area disciplinare di ricovero, le risorse assistenziali e i referenti clinici;
- ▶ il TOH della struttura ricevente risponde entro 48h alla richiesta, confermando la disponibilità delle competenze assistenziali, definendo la tempistica del trasferimento, da effettuarsi entro le 72h successive e individuando i referenti clinici;
- ▶ il CR-COT verrà coinvolto dal TOH dell'Ospedale inviante nel caso di mancata risposta o prolungamento della tempistica.

Qualora l'Ospedale Spoke inviante non disponga delle risorse disciplinari o tecnologiche necessarie per la continuità di cura, il TOH dell'Ospedale Hub o di alta specializzazione contatta la COT-A di riferimento territoriale, e contestualmente la CR-COT, per programmare la presa in carico presso un Presidio Aziendale adeguato alle necessità cliniche.

Nel caso di necessità "back transfer" verso i servizi territoriali per pazienti privi di un riferimento residenziale, il TOH dell'ospedale inviante avrà come riferimento la COT-A territorialmente competente.

Rientro in Ospedale per acuti

Il percorso di rientro in ospedale per acuti è finalizzato a sviluppare la continuità assistenziale tra ospedali e con i servizi territoriali, allo scopo di evitare ricoveri non programmati attraverso l'accesso al Pronto Soccorso.

Le strutture di ricovero in post-acuzie e i servizi territoriali devono monitorare le persone, durante la fase di presa in carico, con l'obiettivo di riconoscere, precocemente, l'insorgenza di necessità cliniche e attivare i percorsi con le Strutture invianti o di riferimento territoriale per dare una risposta assistenziale ed evitare l'evoluzione verso condizioni di urgenza.

La gestione di questi percorsi, come prevenzione del rientro in Pronto Soccorso, deve essere garantita attraverso:

- ▶ attività di tutoraggio degli ospedali invianti nel periodo di continuità assistenziale, anche mediante strumenti di telemedicina come telemonitoraggio o teleassistenza o televisita;
- ▶ programmazione coordinata di procedure diagnostiche e terapeutiche non disponibili nella struttura di ricovero o di riferimento per residenza.

Il TOH della struttura individuata svolge la funzione di raccordo e facilitazione nella programmazione e nella tempistica delle attività. Nel caso la richiesta provenga dalle strutture residenziali o dai servizi territoriali deve essere contestualmente coinvolta la COT-A territorialmente competente.

Il TOH della struttura di post-acuzie o il case-manager della Struttura residenziale trasmette la richiesta per l'attivazione dei percorsi a:

- ▶ TOH dell'Ospedale sede del "recente ricovero in acuzie", per garantire il percorso di tutoraggio nel periodo temporale corrispondente a quello di "dimissione protetta";
- ▶ TOH dell'Ospedale DEA I di riferimento territoriale nei casi di "non recente ricovero in acuzie".

La struttura inviante garantisce il trasporto in autonomia senza richiedere l'intervento di ARES 118, nei casi di patologia tempo-dipendente può essere coinvolta la Centrale Operativa ARES 118 per il trasferimento, che avverrà secondo i criteri previsti nelle Reti. A tal fine è fatto obbligo per le strutture della Rete Ospedaliera di predisporre una procedura per la medicalizzazione del mezzo ARES 118.

L'invio di pazienti dai seguenti setting prevede specifiche procedure:

- ▶ lungodegenza e riabilitazione: secondo l'allegato n. 4 della DGR 821/2009, in particolare attuando la possibilità di "*...trasferimento del paziente con equivalenti bisogni diagnostico-assistenziali dall'Ospedale alla struttura di lungodegenza/riabilitazione dovrà essere completato entro e non oltre 24 ore.*" e l'indicazione che "*..il paziente dovrà essere rinvio da parte della struttura di lungodegenza/riabilitazione all'Ospedale di provenienza e non a quello più vicino*". La tracciabilità in SIOXL è definita come "**continuità di ricovero**", quando un paziente, ricoverato presso un ospedale, abbia bisogno di una procedura di tipo specialistico eseguibile in day surgery, non disponibile nella struttura che lo ha in carico, che preveda un rientro nella stessa giornata. La

procedura eseguita in continuità di ricovero viene registrata nella SDO dell'istituto che ha in carico il paziente (istituto 'C'). L'istituto 'C' che trasferisce il paziente deve compilare la SDO secondo le regole in vigore, indicando il codice dell'intervento eseguito in altra struttura tra le procedure effettuate nel corso del ricovero, indicando alla stessa data la procedura esterna eseguita, utilizzando le sezioni indicate nelle note²⁰. Il prolungamento della degenza, oltre la giornata, determina la chiusura della SDO da parte dell'istituto 'C' con la dimissione per trasferimento verso l'istituto 'S', mentre quest'ultimo aprirà una nuova SDO, che indichi la provenienza per trasferimento dall'istituto 'C'. La DGR n. 821/2009²¹ prevede che *“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 h ore successive all'arrivo del paziente, una richiesta contenente, anche il riferimento al fatto che il ricovero avviene su posto letto reso disponibile a seguito di invio al PS”*. Tale attività deve essere, comunque, svolta attraverso la piattaforma di Transitional Care;

- ▶ **Residenza Sanitaria Assistenziale:** secondo la DGR n.790/2016 e DGR n. 22/2025 e s.m.i. è previsto che *“...per gli utenti ospiti di RSA, sia in regime residenziale che semiresidenziale, è possibile sospendere l'ospitalità nella struttura senza la perdita del posto in caso di ricovero ospedaliero per evento acuto o intervento programmato per un periodo uguale o inferiore ai 10 giorni. Tale evento è ripetibile nell'arco dell'anno senza limitazioni.”*.

La COT-A territorialmente competente verifica l'effettiva attuazione della procedura programmata e il rapido rientro nel setting assistenziale di provenienza.

Il rientro in Ospedale per acuti del paziente in carico alla rete di cure palliative, in regime residenziale, comporta la richiesta di una consulenza ospedaliera di cure palliative, ove disponibile, e la segnalazione tempestiva da parte del TOH alla UOSD/UOC di Cure Palliative dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente, tramite la COT-A, al fine di garantire la presa in carico e la rapida riattivazione del percorso assistenziale da parte dell'hospice o del servizio territoriale coinvolto, che deve garantire la continuità delle cure.

La Direzione Aziendale della ASL svolge un ruolo di committenza e di governo clinico del fenomeno di rientro in Ospedale per acuti, per attivare un programma di monitoraggio dei flussi in entrata dalle strutture operanti nei diversi setting assistenziali presenti sul proprio territorio con incontri di Audit & Feedback finalizzati a definire procedure e percorsi aziendali appropriati e condivisi.

Teleconsulto Sistema "ADVICE"

Le Strutture Ospedaliere dotate di Pronto Soccorso dispongono del sistema di teleconsulto "ADVICE" nell'ambito della Rete di Emergenza e delle Reti Tempo-dipendenti, secondo quanto previsto dalle Determine n. G16185/2018 e n. G07527/2025.

²⁰ Le sezioni coinvolte e le informazioni da compilare sono:

Degenza > Trasferimenti > Trasferimento > StrutturalRC > CodificaRC

Degenza > Trasferimenti > Trasferimento > StrutturalRC > Stabilimento

Degenza > Trasferimenti > Trasferimento > StrutturalRC > InService = '1'

Degenza > ProcedureAccessi > Principale > Esterno*

Degenza > ProcedureAccessi > Secondarie > ProceduraSecondaria > Esterno*

*Esterno: indica se l'intervento è stato effettuato in modalità "InService" presso un istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente, oppure presso lo stesso istituto di cura ma eseguito da equipe esterna

²¹ DGR 821/2009 Interventi per il miglioramento della efficacia e d efficienza nelle attività dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio. Individuazione del "Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione"

Il sistema di teleconsulto “ADVICE” consente la lettura delle informazioni cliniche, la condivisione di immagini e la registrazione della consulenza e delle relative indicazioni conclusive.

Lo scopo del teleconsulto è favorire la condivisione del percorso clinico tra professionisti di Ospedali dotati di competenze differenti, al fine di garantire una gestione condivisa dell’attivazione del percorso diagnostico-terapeutico appropriato e della sede più idonea di ricovero.

I documenti operativi, allegati alle Determine, descrivono la metodologia del percorso clinico, la modalità di utilizzo della piattaforma e le procedure da attivare in caso di malfunzionamento.

Nei Piani regionali delle singole Reti assistenziali sono indicate le figure specialistiche di riferimento per l’Ospedale Hub. La Direzione Sanitaria può monitorare l’attività attraverso la piattaforma regionale, con accesso autorizzato.

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

- ▶ valutazione della necessità di trasferimento per intervento o osservazione specialistica;
- ▶ preparazione dell’Ospedale Hub all’accoglienza del paziente con necessità di trasferimento in emergenza mediante attivazione preventiva del personale, dei servizi e della strumentazione necessarie per la presa in carico al suo arrivo;
- ▶ definizione del percorso clinico nell’Ospedale Spoke nel caso non sia necessario il trasferimento per intervento o osservazione specialistica;
- ▶ verifica dell’eventuale attivazione del Comitato Ospedaliero per il Procurement, attraverso l’apposito campo di segnalazione presente nella piattaforma.

Il Piano aziendale deve prevedere:

- ▶ l’individuazione del referente aziendale del Sistema “ADVICE” per la gestione dei percorsi clinico-organizzativi e del referente tecnico per la manutenzione tecnica del sistema e la gestione delle utenze;
- ▶ la definizione dei punti di accesso alla piattaforma, al fine di garantire la tempestiva risposta degli specialisti;
- ▶ la dotazione degli strumenti tecnologici per il videoconsulto nei punti di accesso individuati;
- ▶ l’attivazione di un programma semestrale di Audit & Feedback sull’utilizzo del teleconsulto.

Nell’ambito della Missione 6 Salute, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è previsto che l’utilizzo del sistema di teleconsulto sia esteso ai diversi setting assistenziali con l’obiettivo di completare l’integrazione operativa delle strutture della Rete ospedaliero con i servizi territoriali.

Anagrafica dei reparti ospedalieri

Il Decreto del Ministero della Salute del 22 dicembre 2023 riporta i codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere, utilizzato nell’ambito del flusso NSIS (HSP12/HSP13/HSP22bis, inseriti nell’allegato 2, in cui è descritta la metodologia di aggiornamento della piattaforma.

Al fine di consentire un monitoraggio più dettagliato dei percorsi di ricovero, sono stati definiti specifici “progressivi” relativi ai reparti di interesse regionale, che le strutture di ricovero pubbliche ed equiparate sono tenute a adottare.

La tabella seguente riporta l’elenco dei reparti di interesse Regionale e in coerenza quanto previsto nelle indicazioni regionali di cui alle seguenti note: prot. n. 353940/2020; 55891/2022; 1307885/2022; 86196/2023; 512954/2023 e 849045/2023.

Reparto	Codice disciplina	Sub codice	Descrizione
Week surgery	discipline area chirurgica	70	week surgery
	discipline area chirurgica	71	week surgery stabilimento 01
	discipline area chirurgica	72	week surgery stabilimento 02
UTN	32	78	UTN
Terapia intensiva	49	61	TI rianimazione stabilimento 01
	49	62	TI post-operatoria stabilimento 01
	49	63	TI Neurochirurgica stabilimento 01
	49	64	TI cardio-toraco-vascolare stabilimento 01
	49	66	TI trapianti
	49	81	TI rianimazione stabilimento 02
	49	82	TI post-operatoria stabilimento 02
	49	83	TI Neurochirurgica stabilimento 02
	49	84	TI cardio-toraco-vascolare stabilimento 02
	49	85	TI pediatrica stabilimento 02
Terapia semi-intensiva	qualsiasi disciplina	94	Terapia semi-intensiva
	qualsiasi disciplina	93	Terapia semi-intensiva stabilimento 02
Scuole di specializzazione	21, 26, 51, 68	95	Scuole di specializzazione

Nell'allegato 2 viene descritta la metodologia di rilevazione attraverso il sistema NSIS.

Programmi di Miglioramento e Formazione

Le Strutture della Rete Ospedaliera sono tenute a predisporre, all'interno del Piano Aziendale, un programma di miglioramento del flusso di ricovero nelle diverse linee di attività, in coerenza con quanto stabilito dalla DGR n. 310/2024 e dalla DGR n. 298/2025 relative rispettivamente alle linee di indirizzo per gli Atti Aziendali e alla valutazione dei responsabili di unità operativa.

Il programma di miglioramento rappresenta uno strumento strategico fondato sulla condivisione delle informazioni e sul coinvolgimento capillare delle risorse umane nella progettazione e nello sviluppo del percorso organizzativi e assistenziali. Tale approccio mira a rafforzare la responsabilizzazione dell'intero corpo multiprofessionale e multidisciplinare operante nei diversi contesti assistenziali.

La Direzione Aziendale promuove e coordina l'attuazione del programma attraverso l'UCAF, cui compete la proposta e il coordinamento delle attività da inserire nel Piano Aziendale, che deve contenere la descrizione dettagliata degli obiettivi, del cronoprogramma attuativo e delle metodologie di monitoraggio.

Le attività a livello di ASL devono essere sviluppate con una prospettiva integrata ospedale-territorio coinvolgendo nei percorsi le Centrali Operative Territoriali (COT), i servizi di prossimità, i MMG/PLS, e le Strutture Ospedaliere presenti sul territorio.

La realizzazione di programmi interaziendali è raccomandata in alcune linee assistenziali per consolidare e potenziare i percorsi di continuità tra le Strutture Ospedaliere e l'ASL di riferimento territoriale.

Il programma di miglioramento deve integrare e personalizzare su ciascuna linea di attività le seguenti azioni:

- ▶ adozione di un sistema strutturato di monitoraggio con descrizione degli indicatori di percorso e di esito sviluppati sulla base dell'analisi organizzativa e assistenziale;

- ▶ diffusione aziendale dei rapporti e degli indicatori su spazio intranet dedicato o direttamente nella mail aziendale del personale;
- ▶ realizzazione di site visit;
- ▶ incontri periodici di “Audit & Feedback”;
- ▶ propagazione nel contesto lavorativo della “formazione sul campo”.

Sistema di monitoraggio

Il monitoraggio dei percorsi assistenziali e delle performance rappresenta lo strumento principale per valutare l'efficacia delle azioni previste nel programma di miglioramento e per individuare ulteriori ambiti di sviluppo organizzativo e assistenziale.

Il sistema di monitoraggio è finalizzato alla misurazione del valore prodotto lungo l'intero percorso di cura, estendendo la valutazione dagli esiti finali alle diverse fasi del processo assistenziale, secondo la metodologia “Lean”, con l'obiettivo di valorizzare la progressiva capacità realizzativa.

La Direzione Aziendale, attraverso l'interoperabilità dei sistemi informativi, deve sviluppare una piattaforma aziendale in grado di consentire all'UCAF e al TOH di rilevare e analizzare le principali fasi assistenziali.

Il monitoraggio è riassunto nelle tabelle seguenti:

ARES 118 e Pronto Soccorso

Livelli	Piattaforme	Indicatori
Regionale	<i>I Pronto Soccorso in tempo reale</i>	numero dei pazienti in attesa e in trattamento per codice triage, ricoverati/trasferiti e pazienti in osservazione
Regionale	<i>“Indicatori affollamento PS”</i> accesso con autorizzazione	sovraffollamento, rapporto tra pazienti in destinazione e presenti, numero progressivo di ricoveri e trasferimenti
Regionale Aziendale	<i>GIPSEweb BI4H</i> accesso con autorizzazione https://bi4h.regione.lazio.it/	Informazioni presenti nella cartella di Pronto Soccorso
Regionale	Sovraffollamento invio settimanale e mensile	accessi medi ultime 24 h, accessi medi ultime 24 h ARES 118 tempo medio giornaliero di “blocco mezzo” presenti in Pronto Soccorso 14:00 pazienti in attesa ricovero oltre 24 h, pazienti in attesa ricovero
Regionale	Tempi di Pronto Soccorso	triage-visita medica visita medica-dimissione visita medica-ricovero visita medica-destinazione-esito
Aziendale	Attività di Pronto Soccorso	stratificazione codici triage presa in carico codice 2 percorsi di Fast Track utilizzo triage avanzato codice 2-3 tempi esecuzione TC tempo di attesa per consulenza tempi ricovero per disciplina Tempistica dei trasporti

Ricovero e cambio di setting

Livelli	Piattaforme	Indicatori
Regionale Aziendale	ISED "Posti letto MPL", accesso con autorizzazione	visualizzazione in tempo reale dei posti letto accreditati, liberi e occupati nei reparti
Aziendale	Programmazione Ospedaliera	posti letto attivi e equivalenti cronoprogramma posti letto da attivare variazione o disattivazione dei posti letto attivi, da comunicare con nota della Direzione Aziendale all'Area Rete Ospedaliera e Specialistica, alla Direzione Sanitaria ARES 118, alla CR-COT e, per i posti letto di area critica, alla Area Critica ARES 118
Regionale Aziendale	Lista di attesa per intervento chirurgico (LAIC) accesso con autorizzazione	capacità operatoria per diagnosi, tipologia di intervento e priorità clinica
Aziendale	Percorso di ricovero	occupazione superiore all'85% Indice di ricovero a rischio di inappropriately inferiore al 15% Degenza media per disciplina in relazione al valore medio regionale tempistica di esecuzione e refertazione delle procedure diagnostiche di II livello, in particolare radiologica di II livello (TC/RM), cardiologiche (ecocardio/emodinamica), referti anatomico-patologiche ed endoscopiche. Appropriately e della tempistica di esecuzione e refertazione delle consulenze
Aziendale	Percorso chirurgico	Degenza media pre-operatoria Interventi entro soglia Organizzazione lista operatoria performance sala operatoria interventi non programmati operati oltre le 24 h dall'accesso
Regionale	Procurement	Indicatori previsti trasmessi al Centro Regionale Trapianti
Aziendale	infezioni correlate all'assistenza e del sito chirurgico	rilevazione dell'incidenza, dati microbiologici, utilizzo antibiotici, inserimento ICD9 specifici nella SDO
Regionale Aziendale	Transitional Care, accesso con autorizzazione https://siatess-ic.regione.lazio.it/app/r/smart/smart/login_desktop	Casi gestiti e tempi di risposta e trasferimento
Regionale	Report annuale	attività ospedaliera, emergenza territoriale e ospedaliera pediatrica e adulti, attività chirurgica, reti tempo-dipendenti, cambio di setting e altri ambiti assistenziali

La Direzione Sanitaria deve garantire l'attività di aggiornamento in tempo reale dei posti letto nell'applicativo MPL.

Il sistema regionale è integrato dall'attività del Dipartimento di Epidemiologia, che rende disponibili programmi di analisi quali:

- ▶ PreValE, con il Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari;
- ▶ indicatori finalizzati a misurare l'**equità** dell'assistenza;
- ▶ Registro Tumori.

Il Nuovo Sistema di Garanzia prevede, per l'area ospedaliera, gli indicatori descritti nella tabella, sui quali la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria svolge un'attività di verifica mensile con l'obiettivo alla Direzione Aziendale di raggiungere il "valore atteso".

Nuovo Sistema di Garanzia – Indicatori Area Ospedaliera

Indicatori	Formula	Target
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	L'indicatore è espresso in minuti ed è pari al tempo corrispondente al 75 percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata.	Sufficienza: ≤ 21 Valore atteso: < 18
H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	N. interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui / N. interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia.	Sufficienza: > 70% Val. atteso: ≥ 90%
H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	N. ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella / N. ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	Sufficienza: ≤ 8,6% Valore atteso < 2,66%
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG «inappropriato» / N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in degenza ordinaria per acuti con DRG non «inappropriato».	Sufficienza: ≤ 0,18 Val. atteso: < 0,15
H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza postoperatoria entro 3 giorni / N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	Sufficienza: ≥ 70% Valore atteso ≥ 90%
H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Variazione % tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati.	Sufficienza: ≤ 5 Valore atteso: ≤ 5

Indicatori	Formula	Target
H092a - Donatori (utilizzati) di organi in morte encefalica: Numero delle donazioni di organi da cadavere su popolazione residente nella regione	Numero delle donazioni (utilizzate) di organi da cadavere / Popolazione residente nella regione o area di riferimento.	Sufficienza: $\geq 22,6$ Valore atteso ≥ 35
H13C - Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni (48H) in regime ordinario	N. ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente + 65anni, sia stato operato entro 48h / N. ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore +65anni.	Sufficienza: $\geq 60\%$ Val. atteso $\geq 80\%$
H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	N. parti cesarei primari / N. parti con nessun pregresso cesareo	Sufficienza: $\leq 20\%$ Valore atteso $< 15\%$

Site Visit

La “site visit” rappresenta uno strumento di verifica sul campo finalizzato a valutare la coerenza strutturale, organizzativa e operativa rispetto agli obiettivi di salute prefissati. La “site visit” deve essere pianificata attraverso l’identificazione degli obiettivi e del personale da coinvolgere predisponendo una checklist specifica.

La richiesta di site visit deriva da una valutazione approfondita dei percorsi assistenziali e delle performance proposta dal Coordinamento Regionale o dalla Direzione Aziendale.

Il team multiprofessionale e multidisciplinare viene individuato attraverso la selezione di figure coerenti con il contesto operativo, e, secondo le necessità specifiche, coinvolgendo anche soggetti esterni.

L’attività è finalizzata ad analizzare processi, percorsi assistenziali, assetti strutturali e disponibilità delle risorse umane, con l’obiettivo di sviluppare una visione olistica del processo, e individuare le aree e le azioni di miglioramento da inserire nel successivo Piano Aziendale.

La checklist deve consentire di verificare la documentazione organizzativa, l’applicazione delle procedure, la qualità della documentazione clinica e la valorizzazione delle risorse professionali.

Il processo di site visit prevede:

- ▶ la ricognizione dei reparti e dei servizi coinvolti;
- ▶ la revisione dei percorsi assistenziali e della documentazione disponibile;
- ▶ il colloquio collegiale con il personale;
- ▶ l’individuazione delle aree di miglioramento con la formulazione di raccomandazioni operative.

Programma di Audit & Feedback

Il programma è parte di una strategia di miglioramento con lo scopo di rendere oggettive le informazioni sui volumi di attività e sugli indicatori di processo, sviluppare una maggiore consapevolezza nell’analisi dei processi e favorire la partecipazione attiva del corpo multiprofessionale. Tale processo consente, inoltre, di rafforzare l’integrazione tra livello dirigenziale e livello operativo, orientando l’azione organizzativa verso la definizione e l’attuazione di piani di miglioramento.

Il programma Aziendale viene attivato nel corso dello sviluppo dei processi organizzativi o in relazione alle indicazioni emerse nei Coordinamenti di Rete o negli incontri periodici di monitoraggio della performance ospedaliera promossi dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria.

L'Area Rete Ospedaliera e Specialistica ha sviluppato un modello con lo scopo di omogeneizzare la relazione conclusiva delle attività.

Il programma si sviluppa attraverso un ciclo continuo articolato nelle seguenti fasi:

- ▶ identificazione aziendale di un gruppo multiprofessionale e multidisciplinare ristretto per l'analisi dei percorsi clinici, degli indicatori di processo e di esito finalizzata all'identificazione dei nodi critici e alla proposta dei quesiti orientati a confrontare i risultati con gli indicatori di qualità e a sviluppare processi specifici di miglioramento secondo il metodo PICO (Paziente, Intervento, Confronto, Outcomes);
- ▶ realizzazione delle attività di Audit & Feedback con lo svolgimento di incontri di "formazione sul campo" in coerenza con quanto previsto dalla DGR n. 298/2025 e secondo la seguente metodologia:
 - ▶ partecipazione attiva di almeno l'85% del personale coinvolto;
 - ▶ presentazione di scenari clinici sulla tematica in questione;
 - ▶ analisi delle schede relative alle performance assistenziali;
 - ▶ condivisione di linee guida ed evidenze scientifiche;
 - ▶ discussione collegiale per la definizione di proposte progettuali, anche, con la possibilità di coinvolgere professionisti esterni;
- ▶ definizione del piano di miglioramento, da parte del gruppo aziendale ristretto, mediante l'individuazione delle azioni operative, del cronoprogramma, delle figure aziendali coinvolte, degli strumenti e degli indicatori di monitoraggio;
- ▶ diffusione del rapporto di "Audit & Feedback" alle professionalità interessate ai percorsi aziendali oggetto di cambiamento.

Formazione "sul campo"

Il programma formativo aziendale costituisce una risorsa per l'innovazione dei processi organizzativi e assistenziali finalizzato allo sviluppo integrato delle competenze funzionali e professionali.

La Formazione Continua "sul campo" costituisce una metodologia attiva di apprendimento e approfondimento contestuale al percorso lavorativo, valorizzando il ruolo delle esperienze professionali, secondo il modello di "educazione dell'adulto", per garantire la continuità tra programmazione e attuazione operativa.

Le attività del programma di miglioramento devono essere inserite nel piano di formazione aziendale ECM, per consentire al personale di acquisire i crediti formativi in modo gratuito e coerente con la realizzazione dei progetti aziendali. A tal fine la Direzione Aziendale svilupperà un monitoraggio dei crediti formativi ottenuti dal personale nello svolgimento delle attività aziendali di Audit & Feedback.

Il Piano Aziendale deve prevedere ulteriori metodologie formative finalizzate ad ampliare la partecipazione attiva del personale:

- ▶ disponibilità online dei contenuti relativi ai percorsi assistenziali, agli scenari clinici e agli incontri di Audit & Feedback;
- ▶ sessioni di lavoro e di comunicazione in gruppi multiprofessionali;
- ▶ eventi di preparazione con attività di simulazione sul campo.

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria supporta l'attività aziendale attraverso un programma regionale, articolato in diverse linee di attività:

- ▶ Programma formativo sui Flussi Assistenziali e sull'analisi dell'efficienza dei percorsi;
- ▶ Programma di "Audit & Feedback" di Rete o relativo a specifiche attività assistenziali;
- ▶ Corsi blended sui percorsi regionali secondo quanto previsto dalla DGR n. 1170/2025²²
- ▶ Performance di sala operatoria.

Verifica del Piano Aziendale

Il Coordinamento Regionale monitora l'attuazione del "Piano Aziendale per la gestione del flusso di ricovero" attraverso un'attività di:

- ▶ **verifica documentale del Piano aggiornato annualmente entro il 15 novembre secondo il modello descritto nella Sezione B;**
- ▶ **incontri quadrimestrali di monitoraggio dello stato di attivazione della programmazione ospedaliera e delle performance assistenziali, secondo il *"Manuale per la preparazione agli incontri di monitoraggio dell'analisi delle performance assistenziali ospedaliere"*, da ultimo aggiornato nel mese di maggio 2026 trasmesso con nota prot. n.0481392 del 07/05/2026;**
- ▶ **attività di site visit, secondo quanto indicato nella sezione del piano di miglioramento;**
- ▶ **disponibilità e monitoraggio degli indicatori aziendali descritti nel Piano.**

²² DGR n. 1170 del 4 dicembre 2025 "Approvazione dell'Addendum al "Programma Formativo Regionale 2025-2027 in materia di sanità" di cui alla DGR 588/2025".

SEZIONE B — PIANO AZIENDALE

Piano Aziendale per la gestione del flusso di ricovero

Il Piano Aziendale costituisce lo strumento di programmazione attraverso il quale la Direzione Aziendale delibera l’organizzazione funzionale dei percorsi del flusso di ricovero individuando i ruoli di riferimento, i collegamenti strutturati tra le diverse articolazioni assistenziali, l’integrazione nelle reti e le azioni di miglioramento.

Il Piano ha l’obiettivo di rendere operative, a livello aziendale, le indicazioni di governo clinico previste nella DGR n. 115/2026 e nella DGR n. 310/2024 con il coinvolgimento attivo dell’intero core aziendale in un’ottica multiprofessionale e multidisciplinare.

Il Piano non costituisce un mero adempimento burocratico, ma lo strumento operativo essenziale per assicurare la piena consapevolezza dei processi organizzativi e l’omogeneità dei comportamenti. A tal fine la Direzione Aziendale deve garantire la massima diffusione, mentre il personale è tenuto alla conoscenza e attuazione dei percorsi stabiliti.

Il Piano deve essere sviluppato attraverso un programma di Audit & Feedback fondato sul monitoraggio sistematico del fabbisogno e delle performance erogate, con l’obiettivo di individuare i percorsi, il cronoprogramma e le azioni operative per garantire la continuità nella programmazione e l’attuazione operativa.

- La Direzione Aziendale deve prevedere:**
- ▶ **l’attivazione degli organismi istituzionali di coordinamento aziendale;**
 - ▶ **il riconoscimento dei gruppi multiprofessionali e multidisciplinari per la preparazione all’attuazione dei percorsi aziendali;**
 - ▶ **sistemi informativi interoperabili per il monitoraggio proattivo dei percorsi aziendali.**

Il Piano viene sottoposto formalmente a revisione annuale dalla Direzione Aziendale e inviato all’Area Rete Ospedaliera e Specialistica entro il 15 novembre di ogni anno.

La redazione del testo e della documentazione allegata può essere predisposta secondo la metodologia aziendale, al fine di esplicitare per esteso processi e percorsi organizzativi e assistenziali, e deve contenere la compilazione del modello regionale di cui all’*Allegato n.1*, come strumento di sintesi da inviare annualmente all’Area Rete Ospedaliera e Specialistica.

Il Piano Aziendale deve comprendere le seguenti sezioni:

Piano Aziendale del Flusso di Ricovero e della Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso
Governo clinico
Team Operativo Ospedaliero
Indicatori del flusso di ricovero con rilevazione in tempo reale
Organizzazione e Percorsi aziendali
Umanizzazione e Informazione
Percorsi appropriati e alternativi al Pronto Soccorso e ricovero
Accessi 118 e blocco ambulanza
Flusso in Pronto Soccorso

Piano Aziendale del Flusso di Ricovero e della Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso
Boarding e gestione del sovraffollamento
Flusso di ricovero
Dimissione Ospedaliera
Back Transfer e rientro in Ospedale per acuti
Telemedicina ADVICE
Programma di miglioramento

Allegato 1 — Modello del Piano Aziendale

Piano Aziendale del Flusso di Ricovero e della Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso	
Ospedale	
Documento Aziendale	
Modalità di diffusione	

Governo clinico

Organismo	Documento Aziendale	Referente Aziendale	Composizione	Riunioni	Orari	Mail
UCAF						
TOH						
UVMO						

Team Operativo Ospedaliero

Funzione	Descrizione dell'Attività
Gestione flusso di ricovero	
Gestione flusso di dimissione	
Presa in carico dei pazienti fragili	
Organizzazione dei trasporti	
Modalità e tempistica riunione sui flussi	

Indicatori del Flusso di Ricovero con rilevazione in tempo reale

	Posti Letto	T' Consulenza	T' Diagnostica	T' Procedure	Lista di Attesa
Si/No					

Organizzazione e Percorsi Aziendali

Percorso	Documento	Unità Operative	Referente Aziendale
Percorso nascita			
Percorso chirurgico			
Prevenzione malattie infettive			
Rete Ictus			
Rete Trauma			
Rete Emergenza cardiovascolare			
Percorso disturbi comportamentali			
Documento buon utilizzo del sangue			
Protocollo trasfusione massiva			
Gestione Procurement			
PEIMAF-PEIVAC-PEI			
Piano preparazione invernale			
Protocollo dolore			
Ulteriori percorsi aziendali			

Umanizzazione e Informazione

Attività	Descrizione
Servizi di accoglienza	
Percorsi per disabilità e caregiver	
Device per disabilità pronto uso	
Ambienti per il fine vita	
Con te in Pronto Soccorso	
Percorso TOBIA	

Percorsi appropriati e alternativi al Pronto Soccorso e ricovero

Attività	Descrizione
Identificazione di frequent user (esclusivo ASL)	
Collegamento strutturato ASL-Ospedale	
Percorsi per persone prese in carico U.O.	
Percorso per pazienti oncologici	

Accessi 118 e blocco ambulanza

Organizzazione	Descrizione
Dotazione barelle disponibili e attive	
Figura professionale di riferimento per blocco ambulanza	
Figura di riferimento della DS per modifica dei flussi	
Numero telefonico diretto	

Flusso in Pronto Soccorso

Governo del flusso	Descrizione
Figura di riferimento "Coordinatore sul campo"	
Numero di postazioni di stazionamento	
Organizzazione dei turni	
Altre figure o attività di governo	

Triage	Descrizione					
Modalità presa in carico codice 2						
Triage avanzato codice 2 e 3						
Attività di Triage avanzato (laboratorio/diagnostica)						
Discipline di Fast Track attive	ORL/M.F.	Oculistico	Urologico	Ortopedico	Ostet./Gin.	Pediatrico
	Ch. Vasc.	Ch. Plastica	Dermatol.	Oncologico		
Device per grandi obesi						
Attivazione percorso del dolore						
Ulteriori azioni aziendali previste						

Permanenza	Descrizione
Distinzione delle aree per intensità o priorità clinica	
Modalità di presa in carico e gestione rivalutazione	
Priorità e protocolli per la diagnostica per immagini	
Organizzazione consulenze	
Tempistica prevista per le consulenze	
Modalità di attivazione percorso oncologico	
Consulenze previste per il paziente fragile/geriatrico	

Permanenza	Descrizione
Slot diagnostici dedicati per il Pronto Soccorso	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Uscita e attesa ricovero	Descrizione
Criteri attivazione OBI	
Ambulatorio di dimissione protetta	
Presa in carico con prenotazione slot visite e esami	
Prescrizioni su ricetta dematerializzata	
Criteri di inserimento in destinazione	
Modalità di attivazione TOH per ricoveri e trasferimenti	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Trasferimento per mancanza posto letto	Descrizione
Organizzazione per invio elenco entro le 10:00	
Trasporti giornalieri garantiti entro le ore 18:00	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Boarding e gestione del sovraffollamento

Azioni	Descrizione
Responsabile aziendale gestione sovraffollamento	
Sede dell'area boarding	
Personale responsabile area boarding	
Rinforzo di personale	
Disponibilità postazioni aggiuntive	
Cruscotto straordinario o posti letto aggiuntivi	
Attivazione di aree assistenziali non previste	
Sospensione di ricovero di elezione	
Rimodulazione di aree disciplinari	
Attivazione di personale di supporto per l'accoglienza	

Flusso di ricovero

Funzione del TOH	Descrizione
Interventi sui ritardi diagnostici e interventi	
Rilevazione e interventi sulla durata della degenza	

Disponibilità posto letto	Descrizione
Cruscotto settimanale dei posti letto per ricoveri	
Modalità per la previsione di dimissione dalle UU.OO.	
Percorsi per il ricovero da PS entro le ore 14:00	
Programmazione dei ricoveri di elezione	
Capacità ricovero/dimissione prefestivi/festivi	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Tempistica dalla richiesta alla risposta	Descrizione/Tempistica
Consulenza specialistica	
TC/RM	
Ecocardiografica	
Endoscopia	
Radiologia interventistica	
Emodinamica	

Percorso assistenziale	Descrizione
Consulenze previste per il paziente fragile/geriatrico	
Attività per il recupero della autonomia	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Area ad alta Intensità di cura	Descrizione
Referente del coordinamento aziendale	
UU.OO. coinvolte	
Documento aziendale con la definizione dei percorsi	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Percorso chirurgico	Descrizione
Referente del GAPAC	
Documento aziendale	
Criteri di gestione lista operatoria	
Interventi per il valore soglia degenza pre-operatoria	
Interventi per il valore soglia classe A/Oncologica	
Interventi degenza preop. chirurgia non programmata	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Prevenzione e controllo delle infezioni	Descrizione
Referente del programma	
Organizzazione della rilevazione trimestrale	
Programma antimicrobial stewardship e SSC	
Protocolli di profilassi e trattamento per disciplina	

Programma donazione organi e tessuti	Descrizione
Referente Coordinamento Ospedaliero Procurement	
Documento aziendale COP	
Iniziative per la segnalazione	
Iniziative per la diffusione della donazione	
Programma per la donazione tessuto	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Dimissione Ospedaliera

Azioni	Descrizione
Modalità di attivazione del TOH per dimissioni difficili	
Presa in carico con prenotazione slot visite e esami	
Organizzazione del tutoraggio per il cambio di setting	
Erogazione del primo ciclo terapeutico nel cambio di setting	
Modello lettera di dimissione	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Back Transfer e rientro in Ospedale per acuti

Funzione	Descrizione
Attività del TOH per la presa in carico	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Telemedicina ADVICE

Funzione	Descrizione
Referente Aziendale operativo	
Referente Aziendale ICT	
Unità Operative con accesso per T. da reparto	

Funzione	Descrizione
Audit & Feedback funzionamento e utilizzo	
Dotazione sistemi video	
Ulteriori azioni aziendali previste	

Programma di Miglioramento

Referente del programma	
-------------------------	--

Interventi svolti nell'anno corrente	Risultati	Tipo di intervento	Referente Aziendale

Interventi previsti per il nuovo anno	Indicatori	Tipo di intervento	Referente Aziendale

Allegato 2 — Elenco dei Codici di Disciplina Ospedaliera

La metodologia di utilizzo del sistema NSIS prevede la compilazione annuale dei modelli HSP.11, HSP.12, HSP.13 e HSP.22-bis entro il 31 gennaio dell'anno di rilevazione.

Codice	Descrizione Disciplina	Note
01	Allergologia	
02	Day hospital	Per reparti esclusivamente dedicati ad attività di day hospital/day surgery multispecialistico
04	Osservazione breve intensiva (OBI)	Indicare i posti letto dedicati all'OBI nell'ambito del Pronto Soccorso
07	Cardiochirurgia	
08	Cardiologia	Esclusi eventuali letti di unità coronarica (codice 50)
09	Chirurgia generale	
18	Ematologia	Include i posti letto di immunoematologia
21	Geriatria	
24	Malattie infettive e tropicali	
26	Medicina generale	
28	Unità spinale	
29	Nefrologia	
30	Neurochirurgia	
32	Neurologia	Non include psichiatria (40) né neuropsichiatria infantile (33)
36	Ortopedia e traumatologia	
37	Ostetricia e ginecologia	
39	Pediatria	Non include la neonatologia (62)
40	Psichiatria	Non include la neuropsichiatria infantile (33)
43	Urologia	
49	Terapia intensiva	Non include l'unità intensiva cardiologica (50)
50	Unità coronarica	Da utilizzare anche se i letti sono inclusi in un reparto di cardiologia
51	Medicina d'Urgenza	
56	Recupero e riabilitazione funzionale	Solo per riabilitazione intensiva
60	Lungodegenti	
62	Neonatologia	
64	Oncologia	
68	Pneumologia	
75	Neuro-riabilitazione	

Codice	Descrizione Disciplina	Note
94	Terapia semi-intensiva	
96	Terapia del dolore	
98	Day surgery	Per reparti esclusivamente dedicati a day surgery multispecialistico
99	Cure palliative	Per ricoveri in regime diurno per cure palliative

I codici disciplina indicati nella tabella non possono essere utilizzati ai fini della classificazione interna di reparto nel sistema NSIS, ad eccezione dei codici 02-DH Multidisciplinare e 98-DS Multidisciplinare. In presenza di un'unica area multidisciplinare con posti letto diurni inseriti all'interno di reparti ospedalieri di ricovero ordinario, si chiede di indicarli inserendo come codice **“progressivo divisione”** quello relativo alla disciplina ospedaliera (es. in caso di 10 pl di DH multidisciplinare (disciplina 02) di cui 5 di oncologia (disciplina 64) e 5 di cardiologia (disciplina 08) la codifica dovrà essere 02.64 per i 5 pl di oncologia e 02.08 per i 5 pl di cardiologia).

Abbreviazioni

Abbreviazioni	Definizione
COT-A/D	Centrale Operativa Territoriale Aziendale/Distrettuale
CR	Coordinamento Regionale
CR-COT	Coordinamento Regionale Centrale Operativa Territoriale
CRS	Centro regionale Sangue
CNT	Centro Nazionale Trapianti
COP	Coordinamento Ospedaliero per il Procurement
CRT	Centro Regionale Trapianti
DCD	Donation after Circulatory Death
ECMO	Extra Corporeal Membrane Oxygenation, Ossigenazione Extracorporea a Membrana
GAPAC	Gruppo Aziendale per la Programmazione dell'Attività Chirurgica
ICA	Infezioni correlata all'Assistenza
ICOD	Intensive Care to facilitate Organ Donation
ISC	Infezione del Sito Chirurgico
LAIC	Lista di Attesa Intervento Chirurgico
MPL	Monitoraggio Posti Letto
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia
OBI	Osservazione Breve Intensiva
PACO	Punto di Accesso e di Continuità di Cura Oncologica
PANFLU	Piano Strategico-Operativo Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia. Influenzale
PARCA	Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza
PEIMAF	Piano di Emergenza per massiccio afflusso di feriti
PEIVAC	Piano di Emergenza Intraospedaliera per l'Evacuazione
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PREVALE	Programma Regionale di Valutazione degli esiti
PS	Pronto Soccorso
SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
SERESMI	Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive
TOBIA	Team Operativo per i Bisogni Individuali Assistenziali)
TML	Triage Modello Lazio
TOH	Team Operativo Ospedaliero
UCAF	Unità di crisi Aziendale dei flussi
UU.OO.	Unità Operative
UVMD	Unità di valutazione multidimensionale distrettuale
UVMO	Unità di valutazione multidimensionale ospedaliera
VMO	Valutazione multidimensionale ospedaliera