

SALA POLISSENA A
ORGANIZZAZIONE E LEADERSHIP

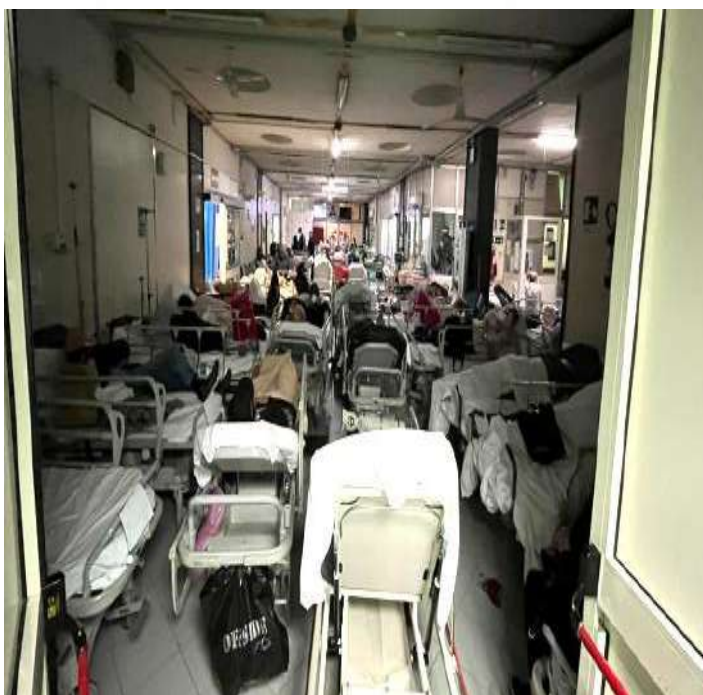
Moderatori: **Andrea Fabbri – Fabio De Iaco**

Giulio Maria Ricciuto

Il sovraffollamento: mancano soluzioni o manca anche la leadership?



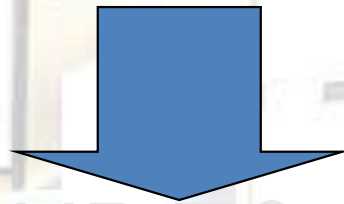
Il sovraffollamento: mancano soluzioni o manca anche la leadership?



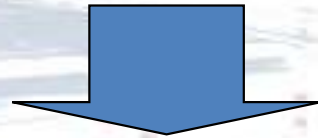
DR. GIULIO MARIA RICCIUTO
PRESIDENTE SIMEU LAZIO
giuliomaria.ricciuto@aslroma3.it



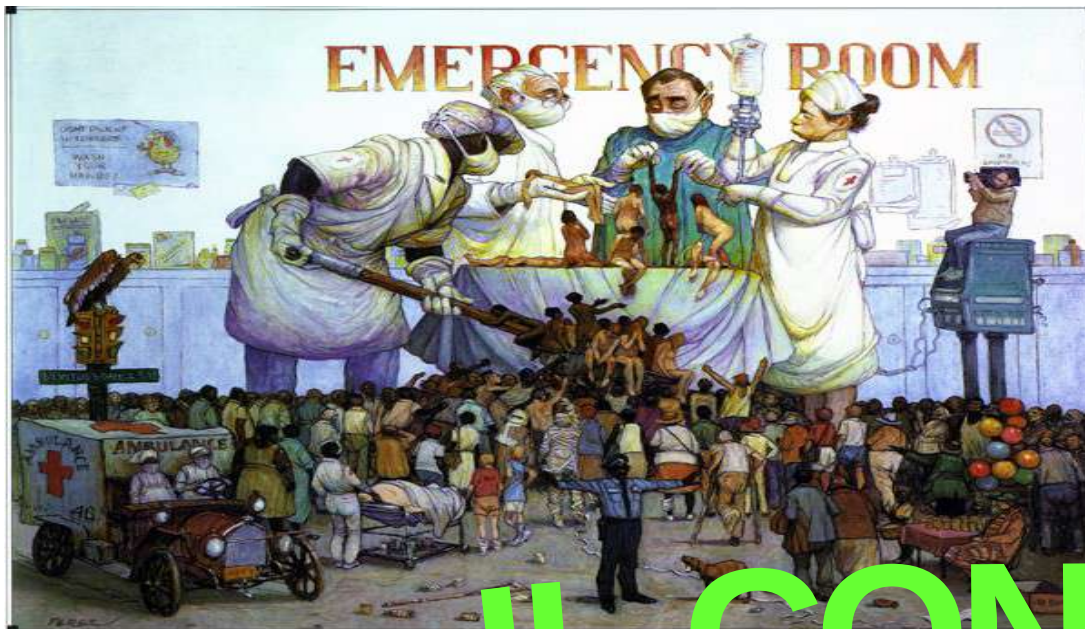
ADMIT TO WORK UP



WORK UP TO ADMIT



WORK UP, ADMIT, TREAT AND DISCHARGE



IL CONTESTO



1.1 Sovraffollamento (overcrowding)

Il sovraffollamento è la situazione in cui il normale funzionamento dei Pronto Soccorso, in una o più delle sue fasi, è limitato dalla **sproporzione in PS, in ospedale o in entrambi tra**

1. **la domanda sanitaria** (numero di pazienti in attesa e in carico) **e**
2. **le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali.**

Emergency Medicine Practice Committee, ACEP. Emergency Department Overcrowding: High Impact Solutions; ACEP: Irving, TX, USA, 2016

Quando il sovraffollamento è costante, generalmente è dovuto al sottodimensionamento del Pronto Soccorso rispetto agli accessi per una reale mancanza di risorse strutturali, tecnologiche, umane e/o di organizzazione.

CONSEGUENZE SOVRAFFOLLAMENTO

SUI PAZIENTI

peggioramento degli outcome:

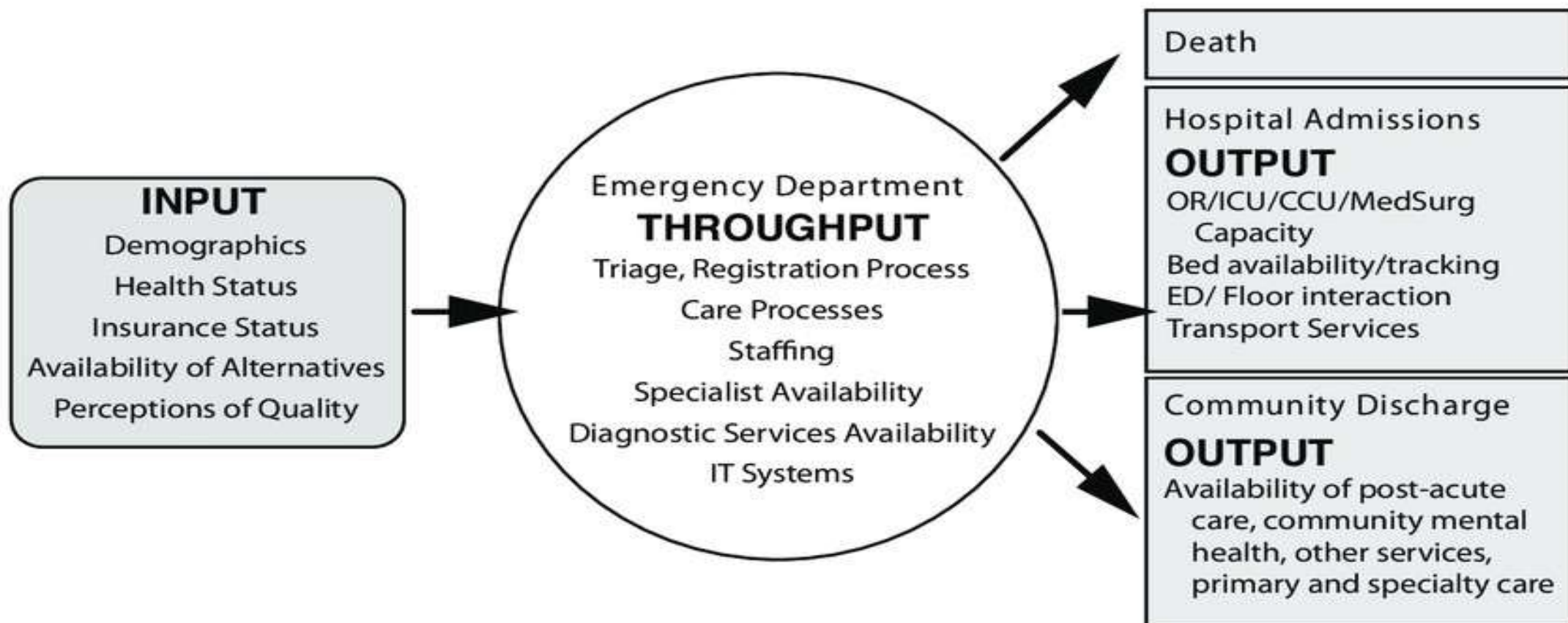
1. aumento della mortalità (da 2,5% a 4,5% se $T > 12h$),
2. ritardi di valutazione e trattamento,
3. aumento dei tempi di degenza,
4. rischio di nuovo ricovero a breve termine,
5. ridotta soddisfazione del paziente,
6. esposizione agli errori

SUGLI OPERATORI

1. mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica,
2. Diminuzione di capacità di risposta a disastri ed emergenze
3. aumento dello stress e del burn out,
4. aumento degli episodi di violenza verso gli operatori stessi

SUL SISTEMA

1. aumento del tempo di permanenza in Pronto Soccorso
2. aumento del tempo della degenza in ospedale,
3. diversione o blocco ambulanze con ritardo soccorsi preospedalieri
4. Aumento tempi di attesa in PS
5. Aumento del contenzioso



Tra i fattori di “output” pesa maggiormente la difficoltà a ricoverare tempestivamente, per carenza di posti letto disponibili a favore dei ricoveri urgenti da Pronto Soccorso o per inefficiente gestione degli stessi. L’effetto, come già definito, è noto con il termine di **“BOARDING”**

MJA

The Medical Journal of Australia

Australia's most trusted source of medical information

Access Block

Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block

Drew B Richardson MB BS(Hons), FACEM, GradCertHE David Mountain FACEM

First published 06 April 2009 | <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02451.x> | Citations: 160

- Overcrowding occurs when emergency department (ED) function is impeded, primarily by overwhelming of ED staff resources and physical capacity by excessive numbers of patients needing or receiving care. Access block occurs when there is excessive delay in access to appropriate inpatient beds (> 8 hours total time in the ED).
- Access block for admitted patients is the principal cause of overcrowding, and is mainly the result of a systemic lack of capacity throughout health systems, and not of inappropriate presentations by patients who should have attended a general practitioner. Overcrowding is most strongly associated with excessive numbers of admitted patients being kept in the ED.
- Excessive numbers of admitted patients in the ED are associated with diminished quality of care and poor patient outcomes. These include (but are not limited to) adverse events, errors, delayed time-critical care, increased morbidity and excess deaths (estimated as at least 1500 per annum in Australia).
- There is no evidence that telephone advice lines or collocated after-hours GP services assist in reducing ED workloads.
- Changes to ED structure and function do not address the underlying causes or major adverse effects of overcrowding. They are also rapidly overwhelmed by increasing access block.
- The causes of overcrowding, and hence the solutions, lie outside the ED. Solutions will mainly be found in managing hospital bedstock and systemic capacity (including the use of step-down and community resources) so that appropriate inpatient beds remain available for acutely sick patients.

nel Lazio, in particolare negli ospedali della Capitale, la situazione e' al livello di guardia. Soprattutto per quel che riguarda l'attesa dei pazienti per un posto letto. **"Nel Lazio - spiega Cinzia Barletta, presidente nazionale Fimeuc - l'attesa per il ricovero puo' superare le 24 ore nel 30% dei casi e, nel 20%, addirittura raggiungere le 54 ore. Il 15% dei pazienti puo' invece aspettare anche 72 ore".**

"L'affollamento del pronto soccorso non e' un problema organizzativo dei reparti di emergenza, ma dell'ospedale. Se la struttura non puo' accogliere un paziente, questo per forza rimane in pronto soccorso sulla barella, determinando come effetto domino un rallentamento di tutte le attivita' e perfino del sistema di emergenza preospedaliero del 118

A Roma 500 pazienti al giorno parcheggiati su barelle Caos ricoveri a Roma. **"Ogni giorno circa 500 pazienti rimangono sulle barelle in attesa del posto letto.** Una vera e propria emergenza che coinvolge tutti gli ospedali piu' grandi della Capitale. In particolare: Pertini, Policlinico Casilino San Giovanni, Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata, dove **l'attesa media in barella e' di circa 19 ore".** A lanciare l'allarme e' Massimo Magnanti, medico e segretario Spes (Sindacato professionisti emergenza sanitaria), che l'anno scorso, per rendere pubblico questo disagio, ha organizzato una protesta che fece molto clamore: il **'Barella Day'.** il fenomeno del sovraffollamento del pronto soccorso, "oltre a essere un grave disagio per i pazienti, determina anche il **blocco delle ambulanze, che rimangono 'ostaggio' degli ospedali finche' il malato non viene preso in carico e gli si trova un posto. Nel 2008 -** aggiunge - e' stato calcolato che a Roma e provincia le ambulanze sono rimaste bloccate per un totale di **50 mila ore".**

BARELLA DAY 09 Febbraio 2009



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-sanitaria
Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca

Prot. n. 198541 GR 11/01

Roma 29/11/2013

Alle Direzioni Generali e Sanitarie
Aziende USL, Ospedaliere,
Policlinici Universitari
c. p.e.: Direzione Generale e Sanitaria
ARES - 118

LORO SEDI

Oggetto: interventi finalizzati al contrasto del sovraffollamento dei PS/DEA.

IL DIRETTORE
(Dott. ssa Eli Degrassi)

IL DIRIGENTE DELL'AREA
(Domenico Di Lallo)

Sono ormai numerose le evidenze che dimostrano che le condizioni di sovraffollamento di PS/DEA costituiscono una condizione di rischio e si riflettono, negativamente, sull'intera gestione dell'emergenza, determinando, tra l'altro, il fenomeno del blocco delle ambulanze. Il sovraffollamento non può essere considerato un evento di esclusiva pertinenza di PS/DEA ma deve essere affrontato attraverso una riorganizzazione dei processi assistenziali dell'intera struttura.



1. piena applicazione delle misure ordinarie e straordinarie comprese nella DRG 821/2009 quali la funzione di "facilitatore dei processi di ricovero e dimissione", protocolli di ricovero e dimissione e attivazione della "discharge room";
2. stima del fabbisogno di posti letto necessari per soddisfare la richiesta giornaliera di ricovero in emergenza/urgenza, al fine di distinguere le situazioni in cui è possibile individuare la soluzione attraverso un efficientamento della struttura (riduzione delle Degenze Media, riduzione dei ricoveri di elezione ed incremento di quelli da PS etc..) da quelle in cui sia necessario prevedere la disponibilità di posti letto nelle Case di Cura Accreditate;

4. "protocollo operativo di ricovero" gestito dalla Direzione Sanitaria Ospedaliera per realizzare, nelle ore diurne, qualora non vi sia disponibilità di posto letto nell'area clinica di competenza, la presa in carico dei pazienti da parte del personale del reparto di "destinazione". A questo fine dovrà essere valutata la possibilità di realizzare un'area di stazionamento ("holding area") non gestita dal personale del PS/IDFA;
6. completamento del percorso clinico e chiusura della cartella di Pronto Soccorso entro 12 ore da l'accesso per il 95% dei casi, con esclusione dei pazienti gestiti in OBI;

8. stesura di un protocollo operativo rivolto a mantenere la stessa operatività dell'ospedale, relativamente alla domanda assistenziale in emergenza, nei fine settimana e nei festivi;
9. attivazione di dimissioni da PS in "sicurezza" attraverso la programmazione di percorsi preferenziali per visite specialistiche e diagnostica.

INAPPLICATO

IL DIRETTORE
(Dott.ssa Eli Degrassi)



#ProntoSoccorsoKo

SICURI DI VOLERVI FAR CURARE DA MEDICI E INFERMIERI STRESSATI?

venerdì 23 gennaio 2015

SOLO UN LAVORO DIGNITOSO GARANTISCE SERVIZI EFFICIENTI

La sanità è al collasso e i cittadini, privi di una efficace rete territoriale alternativa, sono costretti a recarsi nei Pronto Soccorso di ospedali senza più i posti letto sufficienti. La riduzione dei fondi e del personale ricade così direttamente su di loro, privati di un diritto, e sugli operatori, costretti a turni massacranti per mantenere i servizi.

**FUNZIONE
PUBBLICA**

CGIL



SIMEU

Policy Statement

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU il 07/11/2015

SOVRAFFOLLAMENTO DEI PRONTO SOCCORSO



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

2019

*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL
PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO
IN PRONTO SOCCORSO*

na di Medicina di
dei pazienti e alle
i Pronto Soccorso

dei PS è impedito
sa ein carico) e le
nsiderando fattori
utput"). La causa
l'impossibilità di
osti letto, dopo il
olema dei sistemi
esterno; anche gli
ccola parte.


XII congresso nazionale
simeu
RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

1.3 Boarding

È la “cattiva pratica” di tenere pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o giorni per la mancanza di posti letto;

rappresenta la causa primaria del sovraffollamento del Pronto Soccorso

1.2 Iperafflusso

L'iperafflusso si verifica **quando il numero dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso supera il 91° percentile dei pazienti che mediamente si presentano per un tempo definito** (calcolato sulla base della distribuzione degli accessi dei 12 mesi precedenti).

E' possibile distinguere almeno due situazioni di iperafflusso:

- 1) presenza di massiccio afflusso di feriti e malati in occasioni di eventi imprevedibili che coinvolgono numerose persone. Questa situazione deve essere gestita con il **Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)**;
- 2) situazioni di iperafflusso temporalmente delimitate come nel caso di epidemie stagionali (ad esempio picco influenzale) oppure in alta stagione nelle località turistiche. Queste situazioni sono prevedibili e devono essere affrontate con il **Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS)**.

Triage a 5
codici e
ambulatori 4-5

FAST TRACK e Percorsi
ambulatoriali
privilegiati

Percorso autonomo
urgenze specialistiche
ambulatoriali

See and Treat

Protocolli clinici per
quadri di presentazione

Percorsi dedicati per
prestazioni
specialistiche

OBI/TSI

Monitoraggio tempi di
risposta esami strumentali
e di laboratorio

Bed Management
& Emergency
Manager

Adeguamento organici
in base a ruolo nella
rete e strutture attive

Blocco
Ricoveri
programmati

Rafforzamento
territorio (come PNRR)

E PER IL BOARDING?

ADMISSION ROOM A CURA SPECIALISTICA FUORI DA AREA PS (FCP)
PROVVISORIE IN CASO DI SOVRAFFOLLAMENTO GRAVE
(DICHARATO DA AZIENDA O A MEZZO NEDOCS/CEDOCS/SONET)

Posti letto
quotidiani fissi su
esigenze ordinarie

Cruscotto posti letto

Accordi con presidi e
accreditati senza PS per ricoveri

Dimissioni festivi
e prefestivi

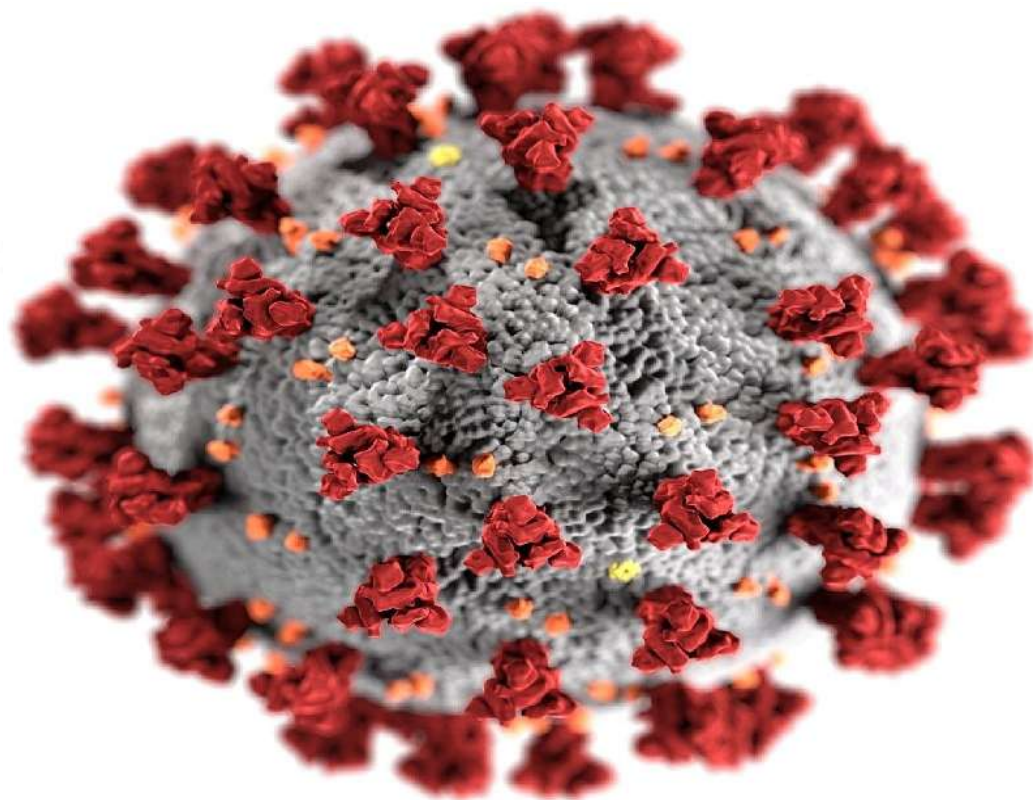
Reverse Triage



REGIONE
LAZIO



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Elaborato dal Coordinamento Regionale dell'emergenza-urgenza

OTTOBRE 2019



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

Figure 3 Selected time variables accounting for crowding, by period

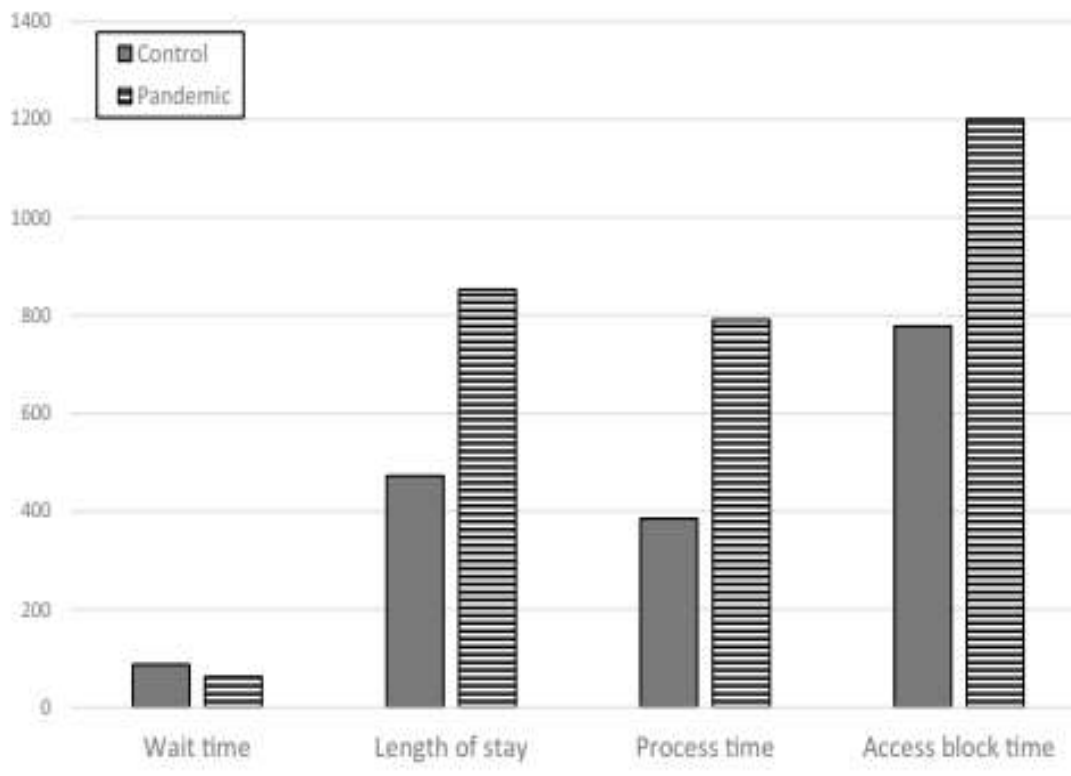


Table 3 Selected time variables accounting for crowding, by period

	Period ^a	Observations	Mean	Interquartile range	<i>p</i> ^b
Wait time (min)	Control	12,536	87.4	22.2–129.5	<0.001
	Pandemic	1,911	62.4	12.6–87.4	
LOS ^c (min)	Control	12,536	472.5	166.6–509.5	<0.001
	Pandemic	1,911	853.1	220.2–1099.6	
Process time (min)	Control	12,536	385.2	96.3–405.3	<0.001
	Pandemic	1,911	790.7	154.3–1012.8	
Access block total time ^c (min)	Control	1,775	778.2	252.5–1053.2	<0.001
	Pandemic	616	1200.6	341–1434.9	

During the pandemic, ED crowding showed a dramatic increment, primarily because of the increased number of visits by patients with high-acuity conditions, changes in the patient management system with prolonged LOS, and an increase in the rates of boarding and access block



GESTIONE DEL BOARDING

**CDR PIEMONTE
E VALLE D'AOSTA**

POSITION PAPER
Pubblicazione: 28 ottobre 2021

www.simeu.it

Em SIMEU
società italiana medicina
d'emergenza-urgenza

Policy Statement SIMEU

**Standard di riferimento 2021 per le unità di Medicina di
Emergenza Urgenza (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e
d'Urgenza) nella rete ospedaliera italiana**

MODELLI ORGANIZZATIVI E PERSONALE

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU in data 29 maggio 2021

GRUPPO DI LAVORO: Gian A. Cibinel (coordinatore), Gino Elia, Matteo Capecci, Stefano De Pietri, Giovanna Guiotto, Paola Noto

GRUPPO DI REVISIONE: Gian A. Cibinel, Nicola Bacciottini, Antonella Cocorocchio, Beniamino Susi


XII congresso nazionale
simeu
RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

I pronto soccorso del Lazio in tempo reale



PRONTO SOCCORSO - ACCESSI IN TEMPO REALE

1 rosso	EMERGENZA	Intervento o compressione di uno o più funzioni vitali	Accesso immediato
2 arancione	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3 azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza apparente rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4 verde	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostiche/terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5 bianco	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

TNE - Triage Non Eseguito

COMUNE

ASL

Tutte

Tutte

Pazienti in ATTESA

Pazienti in TRATTAMENTO

STRUTTURA	COMUNE	ASL	TIPO	Ultimo Agg.	R	Ar	Az	V	B	TNE	TOT	R	Ar	Az	V	B	TNE	TOT	Ricovero / Trasferimento	Osservazione	TOTALE
-----------	--------	-----	------	-------------	---	----	----	---	---	-----	-----	---	----	----	---	---	-----	-----	--------------------------	--------------	--------



Q Sovraffollamento PS/DEA



18 ▼

Tipo	Comune	Asl	Accessi 24H	Soglia acc 24H(1)	Accessi 118 24H	Soglia acc 118 24H(1)	Accessi 118 dalle 24	Presenti	Soglia Presenti(1)	Posti Stazionamento	RT >24H	Soglia RT >24H(2)	Attesa RT	Soglia att RT(3)	TOT Val COVID
DEA I	Roma	RM2	192	269	34	35	23	94	119	94	27	18.8	38	23	16
DEA II	Roma	RM1	190	191	8	7	5	44	42	67	0	8.8	5	30	7
DEA II	Roma	RM1	170	242	25	40	20	147	127	60	49	29.4	58	48	0
PS SPEC.	Roma	RM1	166	142	0	1	0	22	26	0	0	4.4	0	0	0
DEA I	Roma	RM2	145	196	47	38	36	86	93	107	43	17.2	53	26	10
DEA II	Roma	RM1	130	175	51	40	36	62	73	76	21	12.4	26	35	9
DEA I	Latina	LT	129	160	36	44	32	101	98	59	34	20.2	40	32	1

Ultimo Aggiornamento	Codice	Istituto	Tipo	RT >24H	Soglia RT >24H(2)	Attesa RT	Soglia att RT(3)	Presenti	Soglia Presenti(1)	Posti Stazionamento
08/05/2022 18:35	12090501	Pol. Univ. A. Gemelli	DEA II	49	29.4	59	48	147	127	60
08/05/2022 18:35	120920	Pol. Univ. Tor Vergata	DEA I	52	25.8	52	28	126	117	95
08/05/2022 18:35	120908	Pol. Univ. Umberto I	DEA II	48	24.4	55	51.3	122	114	91
08/05/2022 18:35	120200	Santa Maria Goretti	DEA I	34	20.4	40	32	102	98	59
08/05/2022 18:35	120919	Sant'Andrea	DEA I	30	18.4	39	25	92	93	81
08/05/2022 18:35	120294	Policlinico Casilino	DEA I	27	18.2	37	23	91	119	94
08/05/2022 18:35	120901	San Camillo-Forlanini	DEA II	40	17.6	49	35	88	96	133
08/05/2022 18:36	120267	Sandro Pertini	DEA I	44	17.2	54	26	88	93	107
08/05/2022 18:35	12021601	F. Spaziani	DEA I	21	12.6	26	35	63	87	60
08/05/2022 18:35	120902	San Giovanni Addolorata	DEA II	19	12.6	23	50	63	73	76
08/05/2022 18:36	12008601	Sant'Eugenio	DEA I	13	11.8	15	24	59	88	61
08/05/2022 18:35	120915	Campus Biomedico	DEA I	22	11.4	30	0	57	0	0
08/05/2022 18:35	120271	Belcolle	DEA I	3	10	5	30	50	53	56
08/05/2022 18:36	120076	Madre G. Vannini	DEA I	0	9.8	0	0	49	55	0

The background image shows a modern, multi-level interior space, likely a library or a corporate building. It features a complex arrangement of white and blue geometric structures, including railings and walkways, creating a sense of depth and architectural complexity. Large windows in the background allow natural light to fill the space, and the overall color palette is dominated by light blue and white.

Perché allora non si riesce ad applicare le soluzioni?

Manca la Leadership?
Quale e di chi?

*Non v'è niente di più difficile e pericoloso
che introdurre un nuovo ordine delle cose,
poiché il cambiamento ha per fieri nemici
tutti coloro che si trovano bene nelle vecchie
condizioni e solo tiepidi difensori
tra quelli che si troveranno meglio nelle nuove*



Niccolò Machiavelli, *Il Principe*, 1513

RESEARCH

Open Access

What is full capacity protocol, and how is it implemented successfully?



Amir Alishahi Tabriz^{1*} , Sarah A. Birken², Christopher M. Shea², Bruce J. Fried² and Peter Viccellio³

FCP suggests that when a patient requires admission to an inpatient unit from the ED and that unit cannot accommodate the patient due to lack of available beds, the patient will be admitted to the next most appropriate bed.

In the event that appropriate hospital bed utilization has been maximized, selected admitted patients boarding in the ED are transferred to hallways in the inpatient units instead of boarding in ED hallways (i.e., inpatient boarding).

While those patients are not physically in a room, they are able to receive care from inpatient physicians and nurse specialists, enabling ED providers to continue serving new ED patients

Riduzione LOS
Riduzione Tempi di Attesa
Riduzione Abbandoni
Riduzione Mortalità
Aumento soddisfazione pazienti

RISORSE LIMITATE logistiche e di personale
("Adequate Staffing" è relativo al paziente >>
anche riducendo di poco il rapporto inf/pz

because the ED is an isolated unit in many hospitals, the consequences of inefficient patient flow may not be visible to individuals in other hospital units; crowding may simply not be perceived as a problem. As a result, staff in an inpatient unit may consider only their own flows and may not recognize crowding as a hospital-wide issue capable of creating dysfunctions elsewhere in the organization

tutti gli operatori e incentivazioni non solo economiche

Ricerca ancora non sviluppata per
barriere all'implementazione



Leadership engagement

Having hospital executives that are aware of the negative effects of ED crowding and supportive of addressing ED crowding at the hospital level is critical for FCP adoption

FCP implementation requires a clear commitment by hospital leadership to overcome operational barriers across departments.

The hospital senior executive team must visibly support the program.

Hospital leadership and ED leadership should be aligned throughout the implementation process. .

You need complete support from the executives in the hospital, they have to be willing to be champions and truly eliminate barriers and you have to have a mechanism to develop relationships between the different departments and the staffs in the different departments, because if you don't have those relationships and you haven't built the groundwork and they haven't felt involved in the process, then the process is going to hit a lot of resistance or may fail

SYSTEMATIC REVIEW

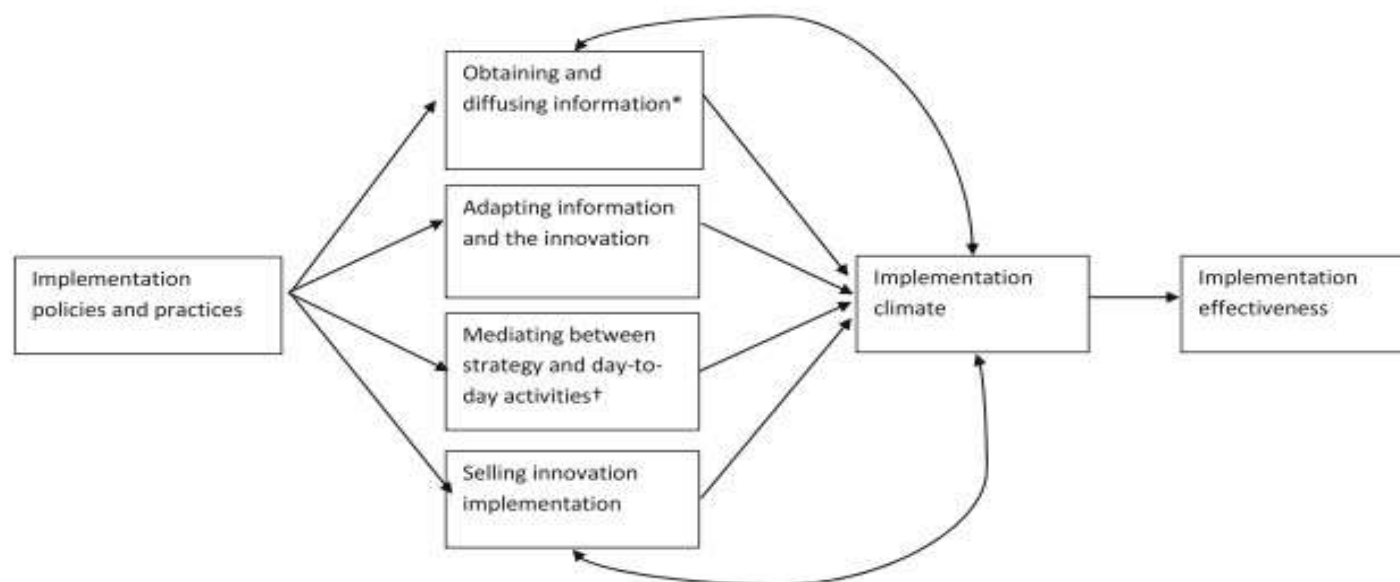
Open Access



Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review

Sarah Birken^{1*}, Alecia Clary¹, Amir Alishahi Tabriz¹, Kea Turner¹, Rosemary Meza², Alexandra Zizzi¹, Madeline Larson³, Jennifer Walker⁴ and Martin Charns^{5,6}

Refined theory of middle managers' role in implementing innovations in healthcare organizations [20]



*Obtaining and diffusing information includes diffusing information internally and externally

†Mediating between strategy and day-to-day activities involves measuring performance and engaging in frontline activities

Fig. 3 Refined theory of middle managers' role in implementing innovations in healthcare organizations

Middle managers-employees who supervise frontline employees and are supervised by an organization's top managers (e.g., project managers, nurse managers, team managers) are in a unique position to promote the implementation of evidence-based practices (EBPs) in healthcare organizations.

middle managers' commitment influences implementation effectiveness when middle managers are proactive and when they receive support from top managers

Who is a Leader?



A leader is a person who has a vision, a drive and a commitment to achieve that vision, and the skills to make it happen.

A **leader** is one who knows the way, goes the way, and shows the way.

John C. Maxwell

Leadership is Influence



Leadership

Is the art of getting someone else to do something you want done because he wants to do it.”

— Dwight D. Eisenhower

Il leader nel temp(i)o del cambiamento

CAMBIAMENTO

A parità di contenuto, il clima e la
relazione fanno la differenza

Linguaggi e messaggi sono efficaci se
c'è coerenza con il contesto

comportamento

mentalità

può essere più significativo delle parole

Piedi per terra e sguardo lontano



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

RELAZIONI E COLLABORAZIONI

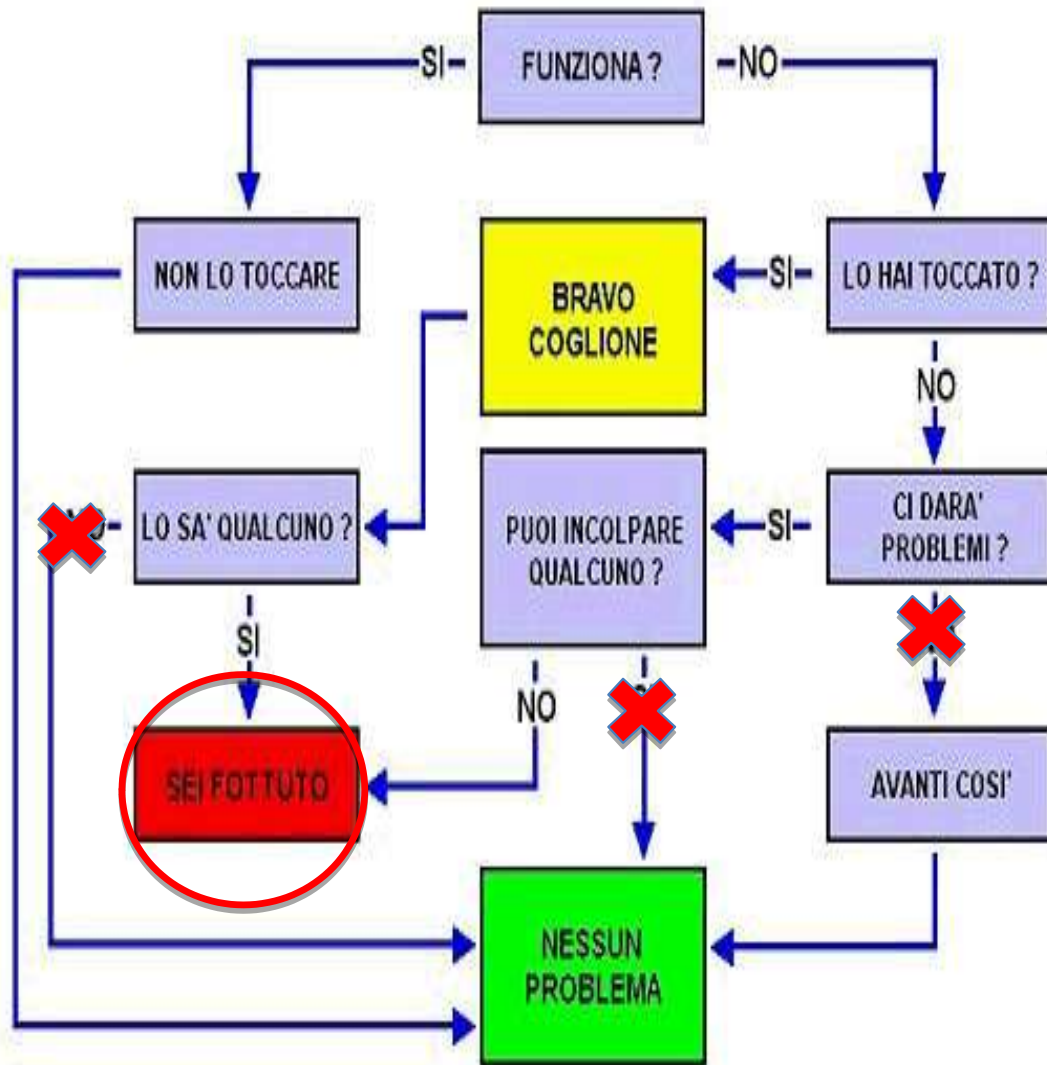
1. FIASO
2. FEDERSANITA'
3. CITTADINANZATTIVA
4. SALUTEQUITA'
5. ALTRE SOCIETA' SCIENTIFICHE
6. ASSOCIAZIONI E FONDAZIONI
7. SINDACATI
8. ACCADEMIA DIRETTORI
9. **..UNIVERSITA' DA MIGLIORARE..**

COMUNICAZIONE

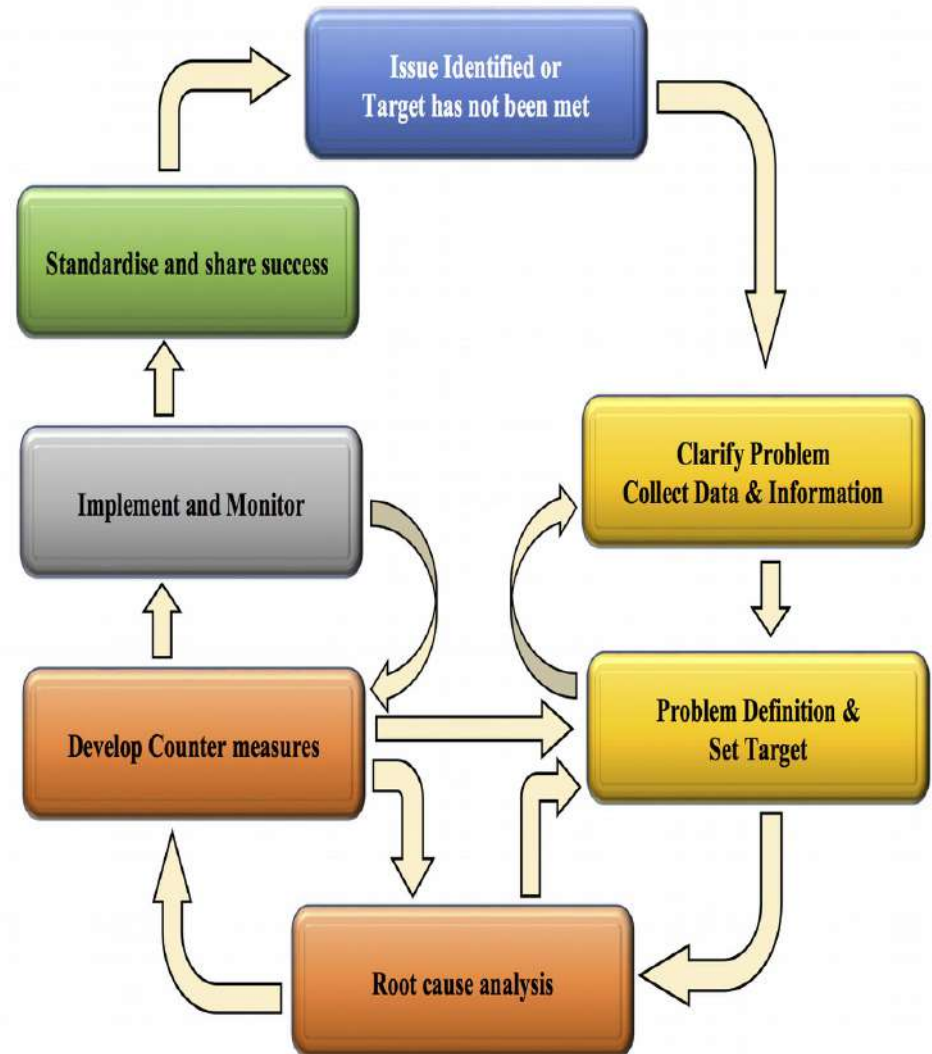
1. UFFICIO STAMPA DEDICATO
2. NETWORK PRESIDENTI REGIONALI
3. DIFFUSIONE E CONDIVISIONE IN TEMPO REALE DI DATI, IDEE E NOTIZIE
4. MESSAGGI UNIVOCI E CONVINCENTI
5. MEDIA LOCALI
6. DOCUMENTARIO IDENTITARIO

**ISTITUZIONI
NAZIONALI,
REGIONALI E
AZIENDALI**

SCHEMA PER LA SOLUZIONE DI OGNI PROBLEMA



A3 Problem Solving Cycle





Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

PROPOSTE DI INTERVENTI PER FACILITARE L'ACCESSO E LA VALORIZZAZIONE DEL PERCORSO PROFESSIONALE, IL MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI LAVORO E IL RICONOSCIMENTO DI MAGGIORI INCENTIVAZIONI AL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA CHE OPERA NEI SERVIZI DELLA MEDICINA D'URGENZA.

La Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria del Lazio, SIMEU e Cittadinanzattiva, a fronte della perdurante carenza di Medici di Pronto Soccorso nelle Strutture Sanitarie regionali, dopo aver esaminato le istanze pervenute dai Direttori delle strutture di emergenza e urgenza della Regione Lazio, avanzano le seguenti proposte, destinate ai vari livelli decisionali tra i quali i Ministeri competenti e il tavolo della contrattazione nazionale in corso presso l'Aran affinché possano trovare accoglimento e, laddove necessario, adeguata forza di legge o contrattuale con validità generale.



Leadership & Management

Instilling
an
inspiring
vision

*Risoluzione Overcrowding negli
obiettivi dei Direttori Generali
con peso proporzionale
all'importanza sociale e
sanitaria da mandato politico*

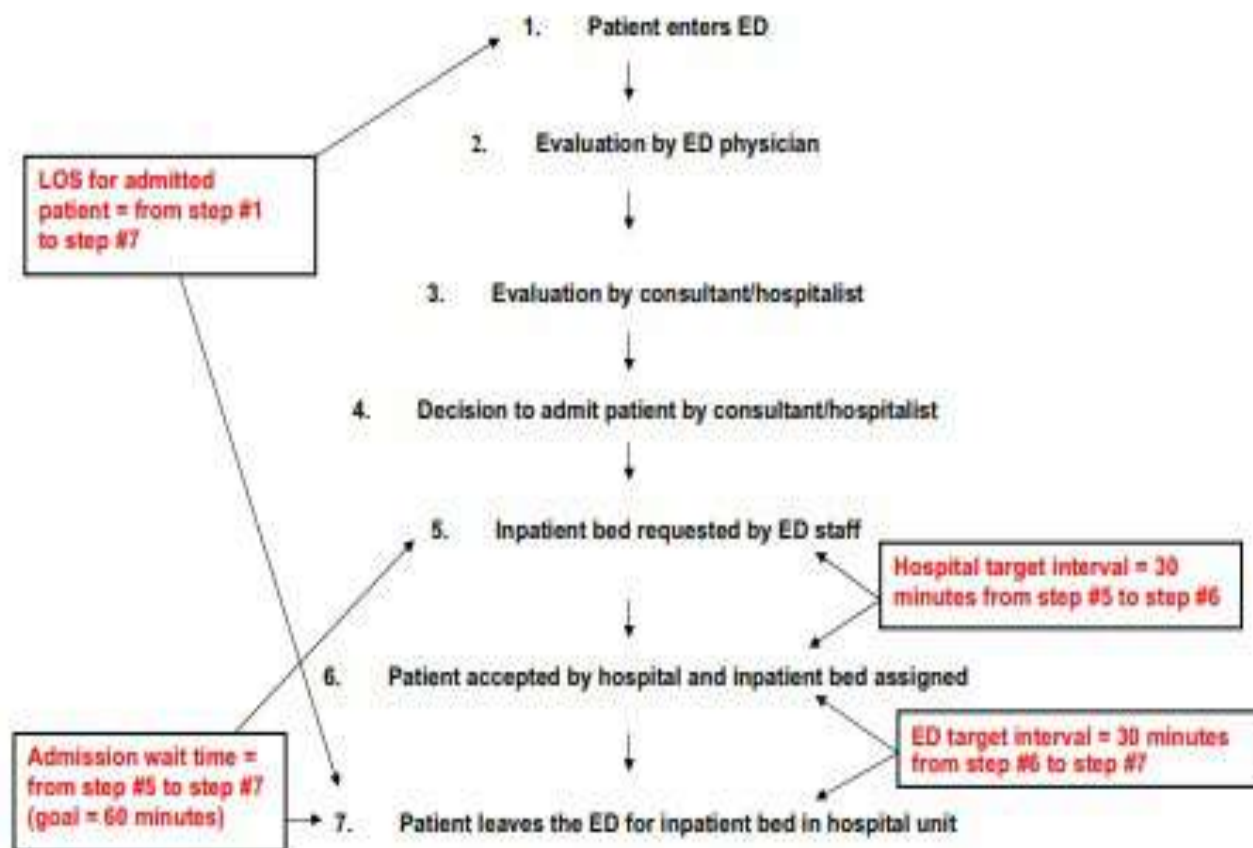
*Lotta al Boarding con indicatori
ad hoc negli obiettivi dei DSA e
del middle management* con
peso pari almeno al 30% del
budget e progetti condivisi tra
stakeholders

Instilling
good
operational
processes

ORIGINAL CONTRIBUTION

Reduction of Admit Wait Times: The Effect of a Leadership-based Program

Pankaj B. Patel, MD, Mary A. Combs, and David R. Vinson, MD



ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE • March 2014, Vol. 21, No. 3 • www.aemj.org



hospital and ED leadership **meetings** with nurse managers, charge nurses, admitting department, discharge planning, information technology, housekeeping and environmental services, physicians, and pharmacy;

the **systematic dissemination** of tracked admit wait time data for everyone to review;

and the **real-time contact between leaders and their staff**, to improve the flow of admitted patients from the ED to the inpatient wards, allowing immediate resolution of issues that were causing the delays.



The admit wait time reduction program required **collaborative staff involvement** from the ED, admitting department, hospital inpatient ward, discharge planning, housekeeping and environmental services (to get beds cleaned and ready for newly admitted patients), and information technology (to assure tracking system functioning)

Pre- and Postintervention Outcomes

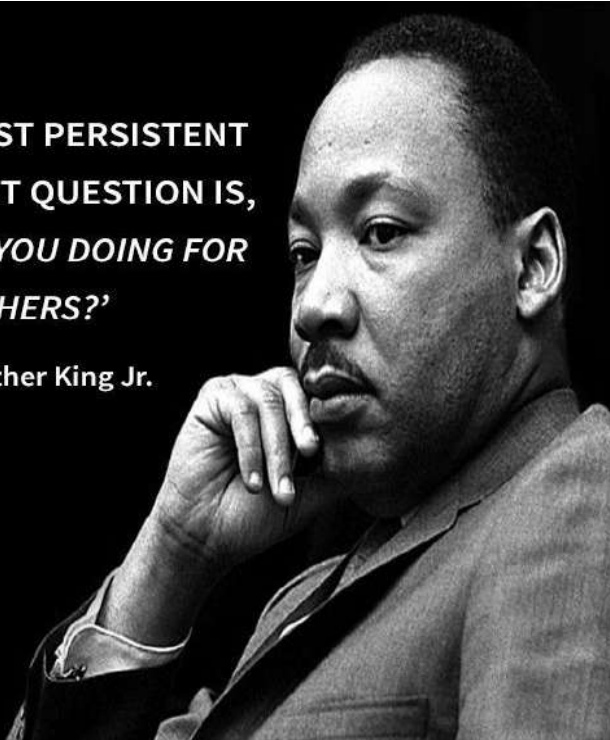
Variable	Pre- and Postimplementation*		p-value
	Preimplementation (25 Months, Jan. 2006–Jan. 2008), Median (IQR)	Postimplementation (47 Months, Feb. 2008–Dec. 2011), Median (IQR)	
Outcomes			
Patients admitted within 60 minutes (%) [†]	35 (28–40)	58 (49–64)	<0.001
Boarding time per admission (min)	82 (61–112)	26 (20–42)	<0.001
LOS			
Admitted patients (hr:min)	8:47 (7:56–9:17)	6:49 (6:29–7:19)	<0.001
Discharged patients (hr:min)	3:53 (3:49–4:01)	3:03 (2:53–3:41)	<0.001
All patients (hr:min)	4:46 (4:41–5:06)	3:31 (3:17–4:21)	<0.001
Patient satisfaction (%) [‡]	66.9 (66.3–68.1)	73.6 (72.2–75.4)	<0.001
Patients LWBS (%)	1.2 (0.9–1.6)	0.6 (0.1–0.9)	<0.001
Monthly ambulance diversion (hours)	10 (3–15)	1 (0–3)	<0.001
Confounders			
Monthly ED census	6,204 (6,051–6,407)	6,385 (6,107–6,640)	NS
Hospital admission rate (%)	12.8 (12.4–13.8)	11.9 (11.2–12.8)	<0.001
ED bed capacity (exam rooms)	45	36 [§]	NS
IQR = interquartile range; LOS = length of stay; LWBS = leave without being seen; NS = not significant. *Program implemented February, 2008. [†]Patients admitted within 60 minutes data not available January 2006–April 2006. [‡]Patient satisfaction reported as percentage of patients who rate their care very good or excellent. [§]ED bed capacity decreased January 2010 from 45 to 36 beds.			



A leadership-based program to reduce admit wait times was associated with a significant increase in the percentage of patients admitted to the hospital within 60 minutes and a significant decrease in boarding time per admission. This admit wait time reduction program was also associated with decreased LOS, reduced LWBS patients, reduced ambulance diversion hours, and improved patient satisfaction.

“LIFE’S MOST PERSISTENT
AND URGENT QUESTION IS,
‘WHAT ARE YOU DOING FOR
OTHERS?’

- Martin Luther King Jr.



If you can't fly, then **run**.
If you can't run, then **walk**.
If you can't walk, then **crawl**,
but by all means, **keep moving**.

- Martin Luther King Jr.



Grazie per l'attenzione



