



**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**19**

# Un Pronto Soccorso Olimpico: la preparazione di Niguarda verso i giochi olimpici e paralimpici Milano-Cortina 2026

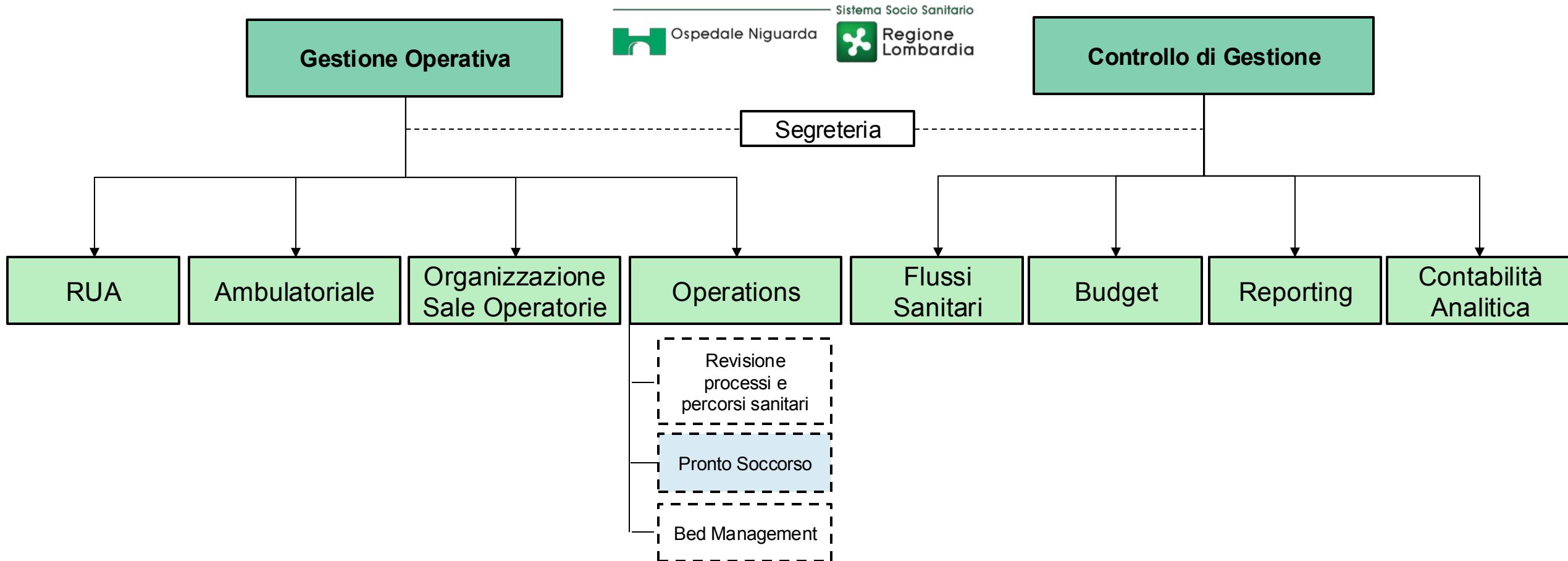


#ForumRisk19

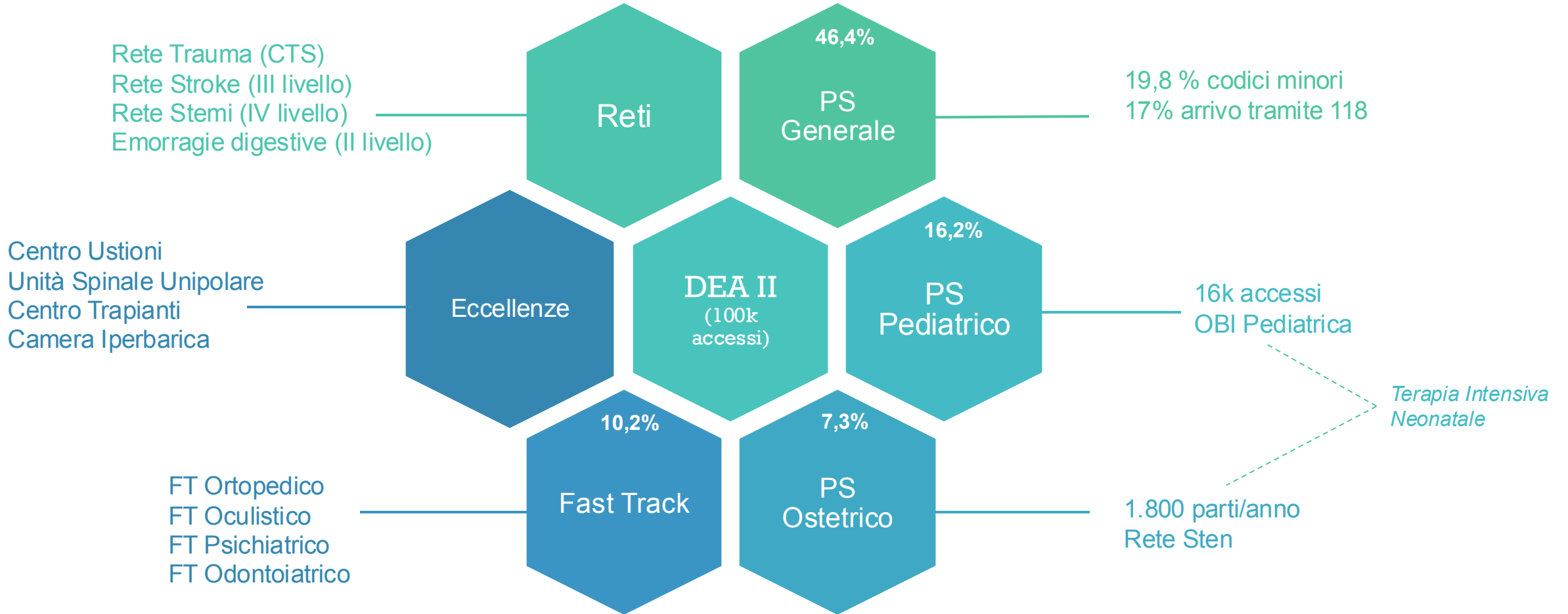


[www.forumriskmanagement.it](http://www.forumriskmanagement.it)

# Articolazione del team



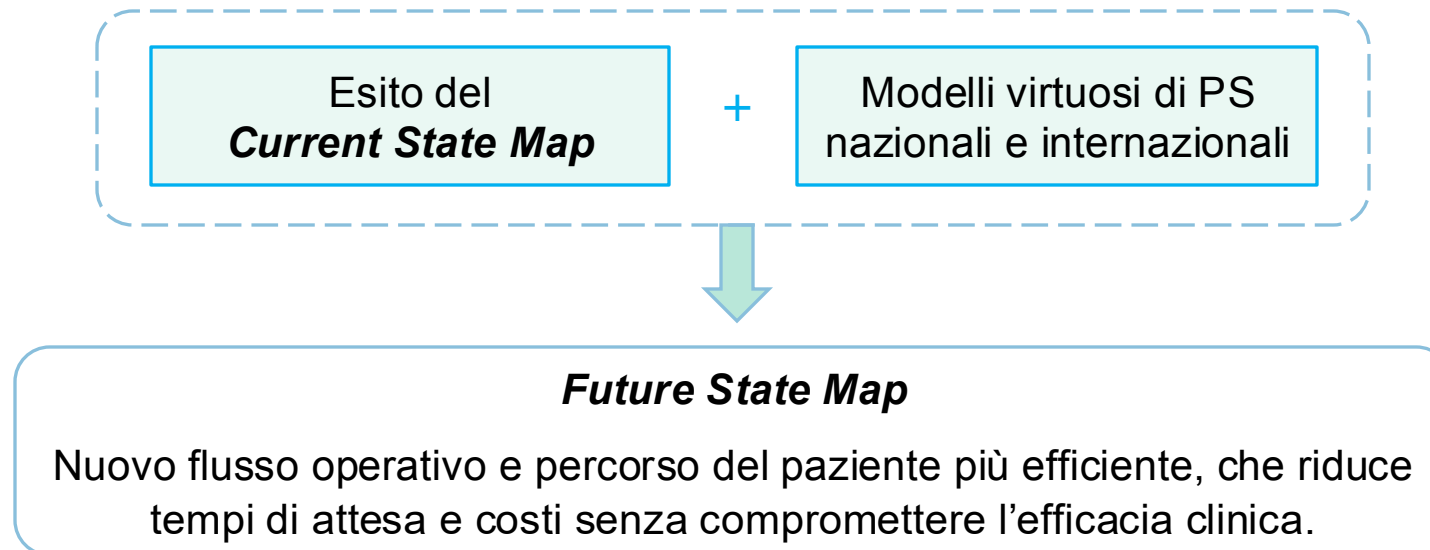
# Il nostro DEA



## Il Metodo

In ottica *Lean Organization*, attraverso il **Value Stream Mapping (VSM)**, sono stati analizzati e mappati i flussi operativi e dei pazienti al fine di individuare inefficienze e migliorare processi complessi come il percorso del paziente, dalla diagnosi al trattamento, riducendo i tempi di attesa.

A seguito della mappatura della situazione AS IS (*Current State Map*) si sono identificate attività che aggiungono valore e quelle che costituiscono sprechi, colli di bottiglia e motivi di inefficienza.



# Niguarda Ospedale Olimpico e Paralimpico

Delibera regionale 1827 del 31 gennaio 2024 → **ASST GOM Niguarda** individuato “Ospedale Olimpico e Paralimpico”.

Struttura di riferimento, aspetti organizzativi, di supporto ed esecutivi dei Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026.

⇒ Cooperazione tra **ASST Niguarda**, **ASST Valtellina** e **AREU**.

## Stima presenze e accoglienza:

### **Closed loop**

50 mila persone che comprendono famiglia Olimpica (IOC, CPI, CONI, CIP, ..), le delegazioni nazionali, lo staff tecnico-organizzativo, la comunicazione, la stampa, staff radiotelevisivo e le autorità locali.

### **Popolazione locale, invitati e pubblico**




Affluenza giornaliera pari a circa 400 mila presenze medie.

Strutture sanitarie dedicate e appositamente realizzate per i Giochi olimpici (“Policlinici”, medical stations, Broadcast Centre)

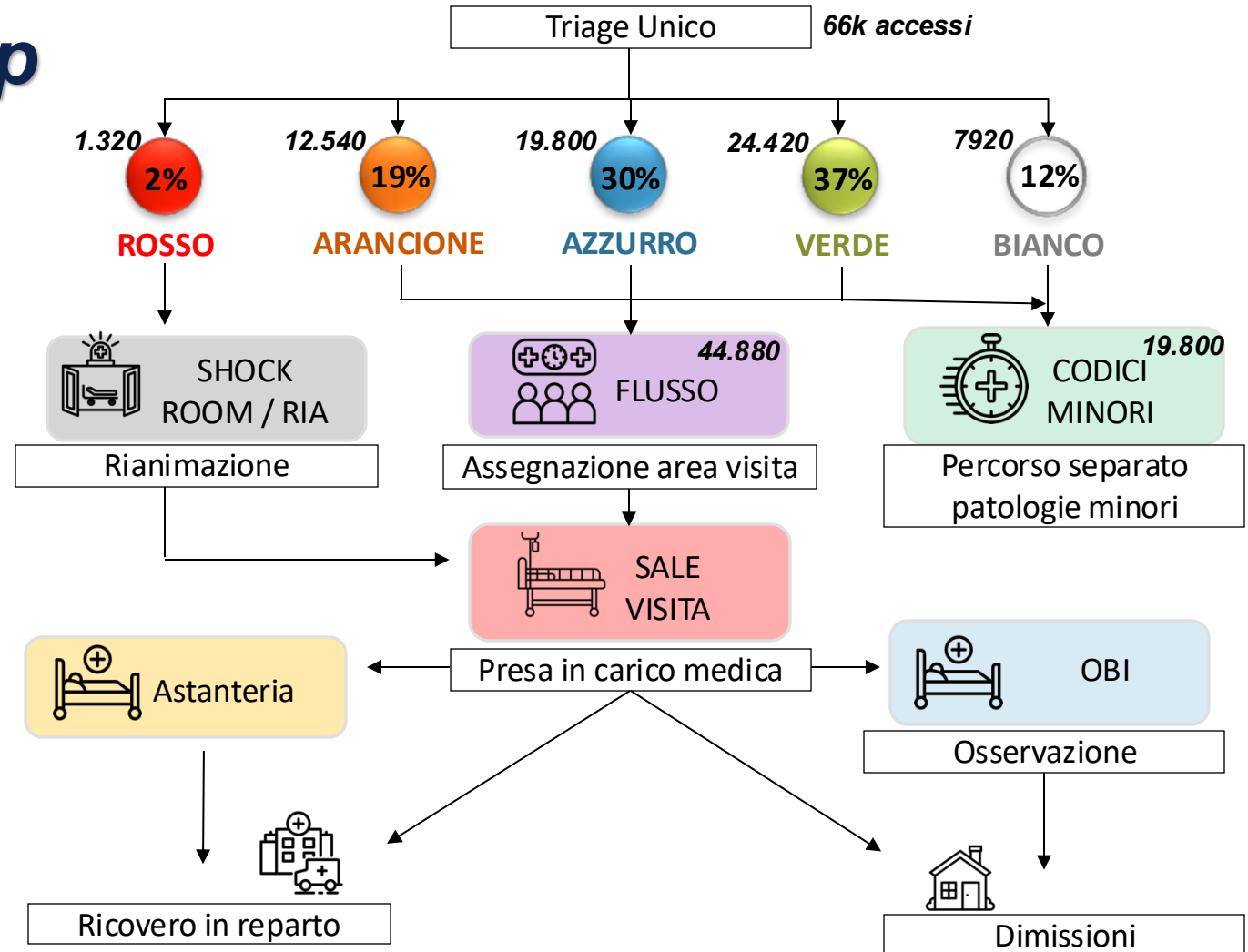
Ospedale Olimpico e Paralimpico, il programma di sanità pubblica, il servizio di soccorso e tutte le strutture sanitarie già in essere, adeguatamente rinforzate.

**Legacy  
Olimpica**

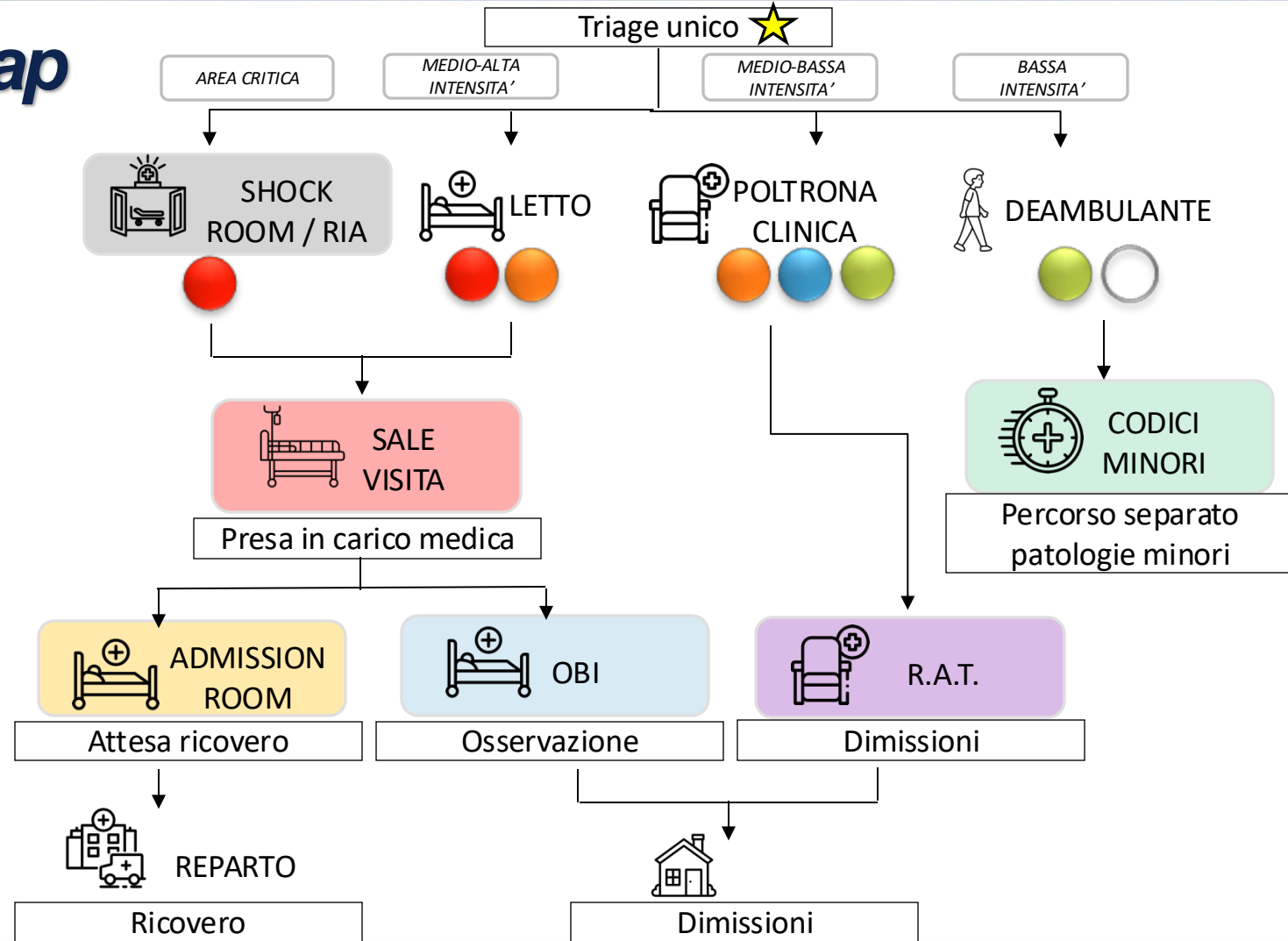
# Current State - Analisi

CRITICITÀ RILEVATA 	ANALISI 	SOLUZIONE IDENTIFICATA 
<p><b>TEMPI DI PRESA IN CARICO PROLUNGATI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pz sbarellati oltre 1h da triage: 13%</li> <li>• PIC infermieristica: 1,07h</li> <li>• PIC medica: 1,32h</li> </ul>	<p><b>Per il PS Generale</b> tutti i pazienti, ad eccezione dei pz in emergenza e dei codici minori, all'inizio del percorso <b>confluiscono all'unica area Flusso</b>.</p> <p><b>Non c'è separazione di tutti i percorsi</b> a seconda della <b>tipologia di paziente</b> e dell'<b>intensità assistenziale</b>.</p>	<p>Creazione di <b>aree separate</b> in base all'<b>intensità assistenziale</b> e alla <b>tipologia di paziente</b> n particolare, <u>area RAT</u> (pz meno critici e non allettati).</p>
<p><b>INEFFICIENZA ORGANIZZATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sovraffollamento in corridoio e aree di passaggio</li> <li>• LOS medio ricoverati/trasferiti: 13,2h</li> <li>• 20% dei ricoverati LOS &gt; 24h</li> <li>• Inappropriato utilizzo OBI</li> </ul>	<p><b>Mancata identificazione degli spazi e dei processi organizzativi</b> dedicati alle diverse fasi di presa in carico del paziente nel percorso in PS. Mancanza di spazi adeguati con conseguenza di utilizzo promiscuo delle risorse.</p>	<p>Strutturazione di <b>flussi separati per esito di presa in carico</b> del paziente e di <b>aree dedicate</b> che seguano il percorso del paziente. In particolare creazione di <u>Admission Room</u> ed estensione <u>OBI</u>.</p>

# AS IS - Current State Map



**TO BE - Future State Map**





# RAPID ASSESSMENT TREATMENT

Modello innovativo che ha l'obiettivo di **ridurre i tempi di attesa per i pazienti meno critici** e garantire cure rapide e appropriate, ottimizzando le risorse ospedaliere e aumentando la tempestività dell'assistenza.

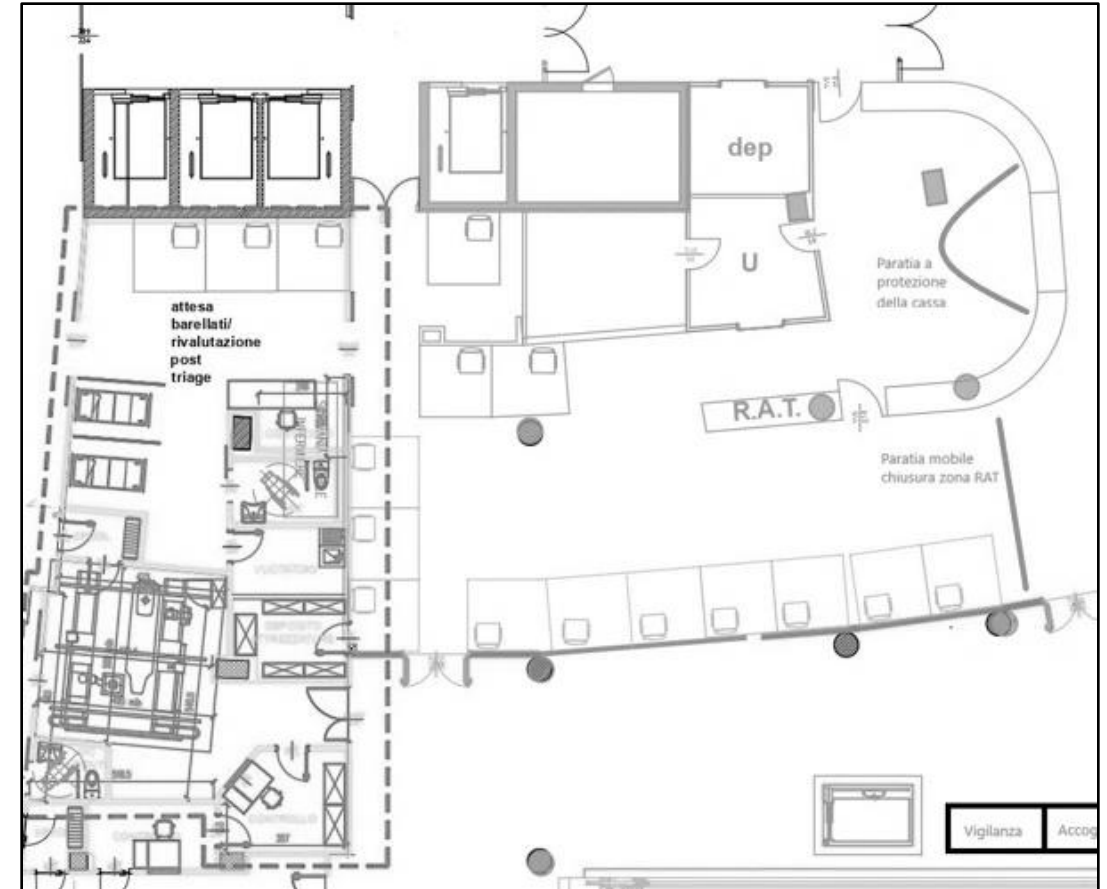
Rappresenta un'area con poltrone assistite dove il paziente può essere rapidamente assistito nell'attesa del completamento delle indagini diagnostiche.

## Vantaggi:

- Riduzione dei tempi di presa in carico
- Aumento della rotazione e disponibilità degli spazi riducendo la permanenza complessiva in PS
- Ottimizzazione dell'allocazione del personale e degli spazi di PS

## Indicatori:

- Tempo medio di presa in carico, dall'accesso all'ingresso in area RAT
- Tempo medio di permanenza in PS (LOS)



# ADMISSION ROOM

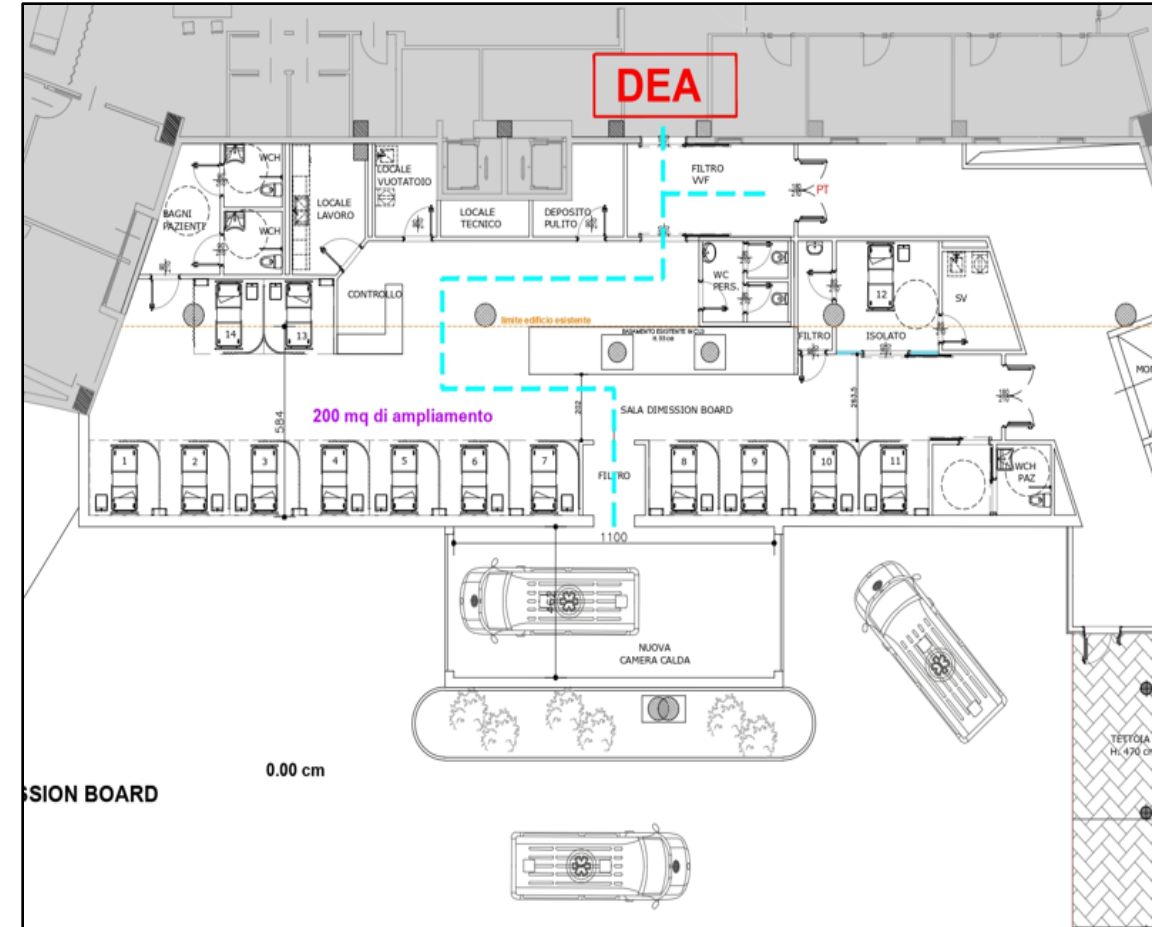
Area dedicata a gestire i **pazienti in attesa di ricovero** con l'obiettivo di **ridurre l'impatto del sovraffollamento** sul PS e migliorare l'efficienza operativa. Destinata esclusivamente

## Vantaggi:

- Utilizzo più appropriato della risorsa posto letto in pronto soccorso, riservandoli a pazienti che ancora non hanno terminato il percorso diagnostico-terapeutico.
- Ottimizzazione dell'allocazione del personale e degli spazi di PS
- Facilitazione della presa in carico dal reparto di degenza di destinazione del paziente.
- Ottimizzazione dei trasporti interni

## Indicatori:

- Tempo di Boarding
- LOS
- % pz in attesa di ricovero in altre aree di PS
- % di ricoverati provenienti da Admission Room



# OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

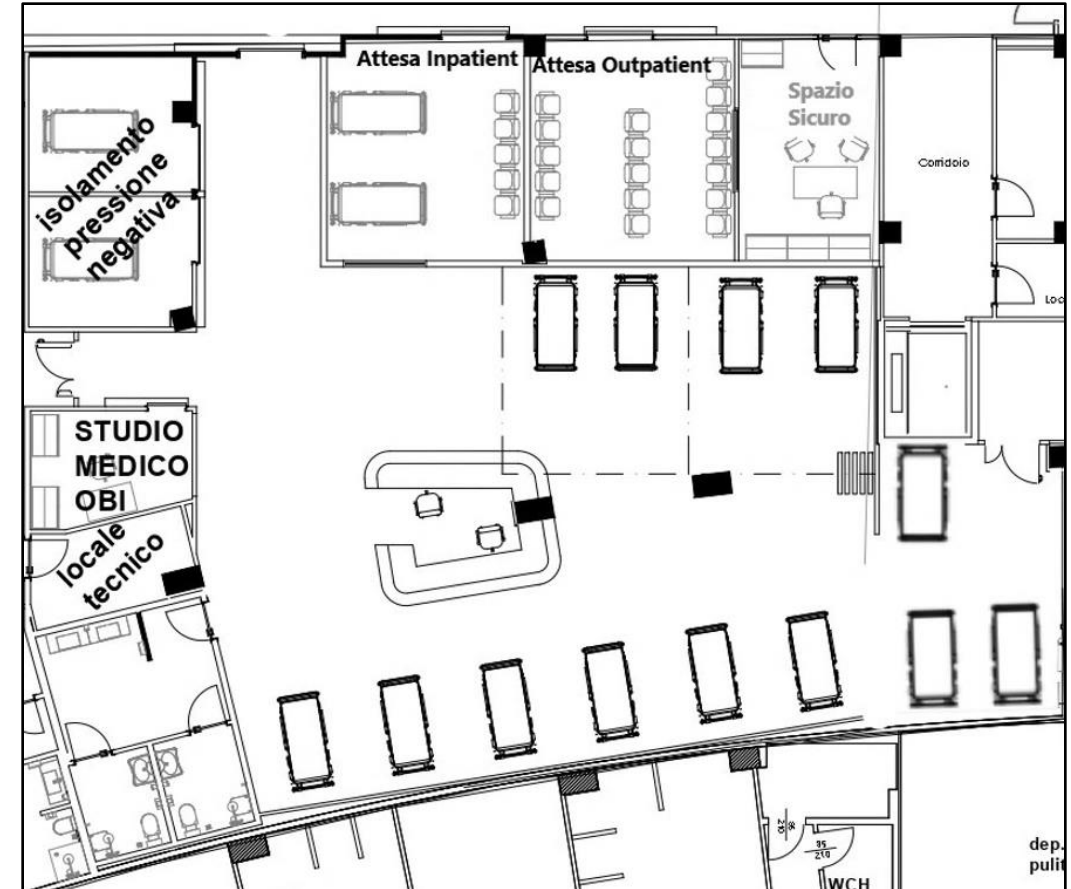
Area dedicata a monitorare e trattare **pazienti che necessitano di cure a lungo termine** (permanenza < 36 ore) con l'obiettivo di gestire in modo mirato condizioni che richiedono **osservazione senza ricoveri prolungati**.

## Vantaggi:

- Riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri
- Aumento del tasso di dimissioni dirette
- Efficientamento del flusso nella aree di emergenza
- Ottimizzazione dell'allocazione del personale e degli spazi di PS

## Indicatori:

- Tempo medio di permanenza in OBI
- % pz dimessi dall'OBI
- % pz ricoverati dopo OBI
- % di riammissioni (pz dimessi da OBI che rientrano in PS entro 48-72h)



# AREA CODICI MINORI

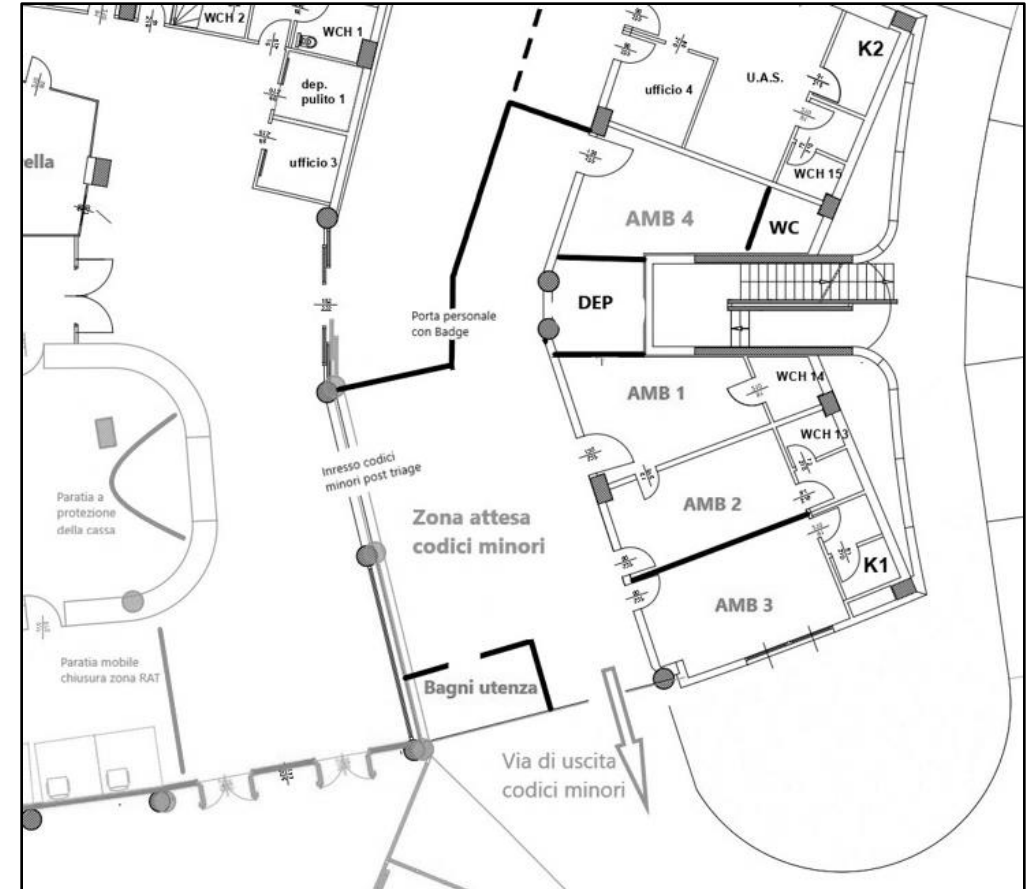
Area dedicata ai **pazienti valutati al triage con codice bianco/verde** con l'obiettivo di gestire con un **percorso dedicato e separato di PS** le patologie minori.

## Vantaggi:

- Riduzione del carico sulle aree di emergenza dedicate ai casi più critici
- Tempi di attesa ridotti (*fast track*) per i pz meno gravi e monospecialistici
- Ottimizzazione dell'allocazione del personale e degli spazi di PS

## Indicatori:

- Tempo medio di attesa per la presa in carico/visita
- % di riammissioni (pz dimessi da area Codici Minori che rientrano in PS entro 48-72h)
- LOS
- % autopresentati



# AREA MAXI EMERGENZA

Area dedicata a emergenze straordinarie e progettata con l'obiettivo di gestire le conseguenze di eventi critici che coinvolgono un **alto numero di pazienti in tempi rapidi**.

## Vantaggi:

- Riduzione del caos operativo grazie ad una divisione chiara dei ruoli e degli spazi
- Continuità delle cure per i pazienti non coinvolti nell'emergenza straordinaria (Business Continuity)
- Incremento temporaneo della capacità ospedaliera (anche PGS)
- Area NBCR per decontaminazione paziente Nucleare, Batteriologico, Chimico, Radiologico.

## Indicatori:

- Tempo medio di attivazione dell'area maxi emergenza
- Conformità ai protocolli di maxi emergenza
- Variazione tempi di boarding e LOS



## ***Numeri AS IS vs TO BE***

Posti disponibili	As Is	To Be	Delta
Posti letto PS Generale	12	22	+10
PL Rianimazione + Shock Room	4+1	4+2	+ 1
OBI PS Generale	8	15	+ 7
Admission Room	7 (Boarding Area)	15	+8
Poltrone / Poltrone assistite	12 (Posti Tecnici )	22 + 5 Barelle (RAT)	+10 PT + 5 Barelle
<b>Disponibilità totale</b>	<b>44</b>	<b>85</b>	<b>+ 41</b>
Rat 2 Emergenze	0	20	+ 20
Reparto Maxi-Emergenze	0	18	+18
<b>Disponibilità totale in Maxi-Emergenza</b>	<b>44</b>	<b>123</b>	<b>+ 79</b>



**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**19**

***Grazie per l'Attenzione!***

***A cura di: Luca Sgaria, Amedeo La Cava, Paola Reggiori, Daniela Gattuso***

***Si ringraziano: Alberto Zoli, Giovanni Mario Melazzini, Laura Zoppini, Alberto Russo, Filippo Galbiati, Giorgio Gadda, Silvia Colombo, Lucia Negroni, Alfonso Gagliano***