

Deliberazione della Giunta Regionale 16 gennaio 2023, n. 23-6428

**Aggiornamento delle “Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso” a parziale modifica ed integrazione della DGR 16 aprile 2021, n. 7-3088. Ulteriori indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali.**

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

Il Pronto Soccorso è la struttura organizzativa ospedaliera nella quale sono assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato in emergenza-urgenza.

Il sovraffollamento è la situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in carico e in attesa) e la risposta disponibile in ambito logistico strumentale e professionale, che interferisce con il normale funzionamento del Pronto Soccorso e dell'Ospedale nel suo complesso.

Negli ultimi anni si è determinata una accentuazione del fenomeno soprattutto in alcuni periodi dell'anno, le cui cause come descritto in letteratura, sono molteplici e legate a fattori esterni ed interni all'ospedale, che esitano nel fenomeno del c.d. “boarding”, in cui i pazienti in PS dopo il termine del processo di gestione in emergenza/urgenza sono in attesa di ricovero in reparto.

Preso atto che l'accordo siglato il 1° agosto 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ha approvato i documenti di seguito elencati (Rep. 143/CSR):

- Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero;
- Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva - OBI;
- Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Dato atto che:

- con la D.G.R. 16 aprile 2021, n. 7-3088 “Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo. Revoca DD.G.R. n. 43-15182 del 23 marzo 2005 e n. 15-12160 del 21 settembre 2009” sono stati approvati, in conformità con gli indirizzi generali dell'Accordo Stato-Regioni suindicato, i documenti “Linee guida per il triage”, “Linee guida per l'OBI”, “Documento Fast Track”, “Linee di indirizzo per la gestione dei percorsi dei pazienti e del sovraffollamento in Pronto Soccorso”, rispettivamente allegati A-B-C-D alla citata deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.

- con la D.G.R. 23-5653 del 19.09.2022 “D.lgs. n. 171/2016. Assegnazione degli obiettivi di attività ai direttori generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2022” sono stati assegnati gli obiettivi relativi al miglioramento nella gestione e misurazione del boarding, con la finalità di consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili;

- con la nota prot. 29489 del 04.08.2022 della Direzione Sanità e Welfare sono state trasmesse alle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte le “Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del boarding”;

- le Aziende Sanitarie hanno quindi redatto e trasmesso alla Direzione Sanità e Welfare i piani locali in parola, depositati agli atti della Direzione medesima.

Ritenuto opportuno, sulla base delle valutazioni istruttorie condotte dal Settore regionale competente, di:

- procedere a livello regionale e delle Aziende Sanitarie con lo sviluppo delle ulteriori azioni finalizzate al miglioramento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso, in ragione della efficienza ed appropriatezza delle attività erogate;

- aggiornare, a parziale modifica ed integrazione della D.G.R. 16 aprile 2021, n. 7-3088, le “Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso”(allegato 1 corredato dell’appendice A “Criteri di distribuzione dei ricoveri per acuti in area medica nel periodo di sovraffollamento” e dell’appendice B “Protocollo per la gestione della patologia di confine”), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- richiedere alle Aziende Sanitarie Regionali l’aggiornamento dei piani aziendali per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding, secondo le indicazioni contenute nel Documento allegato e in base alla situazione organizzativa e strutturale locale entro 30 giorni dall’approvazione della presente deliberazione, compresa la costituzione a livello locale del Gruppo Tecnico Permanente per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding;

- istituire con atto della Direzione Sanità e Welfare, il Gruppo regionale per il sovraffollamento del pronto soccorso e per i ricoveri in area di degenza, con le funzioni di verifica dell’applicazione delle azioni contenute nel documento medesimo, monitoraggio dei piani aziendali, analisi dei dati di attività, proposta di soluzioni di miglioramento, composto da Dirigenti e Funzionari regionali dei Settori competenti, dalla Direzione e Rappresentanti di Azienda Zero e altri Esperti eventualmente individuati;

- dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale; in quanto trova copertura nell’ambito delle risorse assegnate annualmente alle Aziende sanitarie di cui agli atti di riparto del Fondo sanitario, precisando che, per quanto riguarda il personale, il ricorso all’istituto delle prestazioni aggiuntive avviene nell’ambito nei limiti di spesa per il personale delle AA.SS.RR. di cui alla D.G.R. n. 46-6202 del 7/12/2022.

Richiamate:

- la L.R. 26 ottobre 2021, n. 26 “Azienda Zero. Sostituzione dell’articolo 23 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale)”;

- il D.P.G.R. 18 febbraio 2022, n. 9 “L.R. n. 26 del 26.10.2021. Costituzione dell’Azienda Sanitaria Zero”;

- la D.G.R. 28 giugno 2022, n. 3-5267 “Atti aziendali delle AA.SS.RR. - Azienda Sanitaria Regionale Zero. Deliberazione Commissario 0000002/01.00/2022 del 13.06.2022 "Approvazione dell’Atto Aziendale dell’Azienda Sanitaria Zero della Regione Piemonte". Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.”;

Dato atto che è in corso di predisposizione un provvedimento di proposta al Consiglio per l’attribuzione della funzione di coordinamento e monitoraggio nell’ambito del sovraffollamento del pronto soccorso e boarding.

Richiamate altresì:

- la D.G.R. n. 48-8609 del 14 aprile 2008 “DCR n. 137-40212 del 24 ottobre 2007 Piano socio-sanitario regionale 2007-2010 – Linee guida per la revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria”;

- la D.G.R. 28 marzo 2012, n. 27-3628 “Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell’appropriatezza e presa in carico territoriale”;

- la D.G.R. 19 novembre 2014, n. 1-600. Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale;

- la D.G.R. 23 gennaio 2015, n. 1-924. Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale";

- la D.G.R. Piemonte 13 marzo 2020, n. 12-1124 - Emergenza da Covid 19. Variazione temporanea nella dotazione dei posti letto nell’ambito delle strutture pubbliche e disposizioni transitorie per la contrattualizzazione di eventuali prestazioni;

- la D.G.R. n. 20-5757 “D.G.R. n. 30-7568 del 21 settembre 2018 e s.m.i – Ridefinizione e rimodulazione dei posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) nel territorio delle ASL CN1 e ASL AL”;
- la D.G.R. 12 giugno 2020, n. 7-1492 Emergenza da COVID-19. Approvazione del “Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19” da proporre all’approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell’art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020;
- la D.G.R. 29 dicembre 2020, n. 21-2701 “DGR 23 settembre 2020, n. 1-1979. Approvazione secondo aggiornamento del piano pandemico operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR”;
- la D.G.R. 28 gennaio 2022, n. 36-4594 “Emergenza COVID-19. Art. 2 del D.L. 34 del 19 maggio 2020. Approvazione settima rimodulazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19" di cui alla DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 e s.m.i. da sottoporre al Ministero”;
- la D.D. 27 maggio 2022, n. 906 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6 C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Progetto pilota di sviluppo delle Centrali Operative Territoriali nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte”;
- la D.G.R. 29 luglio 2022, n. 10-5445 “Modifica parziale ed integrazione della D.G.R. n. 1-5265 del 28 giugno 2022, ad oggetto: Approvazione percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR”.

Visti:

- il Decreto del Presidente della Repubblica del 27/03/1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";
- il Decreto del Ministro della Sanità del 15/05/1992 “Criteri e requisiti per gli interventi di emergenza”;
- l’Accordo dell’11/04/1996 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee-guida sul sistema dell'emergenza sanitaria" in applicazione del richiamato Decreto del Presidente della Repubblica del 27/03/1992;
- il Decreto del Ministro della Salute del 2/04/2015 n. 70 che tra l’altro delinea i criteri di riorganizzazione della rete dell’emergenza-urgenza.

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto, in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. 1-4046 del 17.10.2016, così come modificata dalla D.G.R. 1-3361 del 14 giugno 2021.

La Giunta Regionale, con voto unanime

*delibera*

- 1) di aggiornare, a parziale modifica ed integrazione della D.G.R. 16 aprile 2021, n. 7-3088, le “Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso” (allegato 1 corredato dell’appendice A “CRITERI DI DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI PER ACUTI IN AREA MEDICA NEL PERIODO DI SOVRAFFOLLAMENTO” e dell’appendice B “PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA PATOLOGIE DI CONFINE”), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di proseguire a livello regionale e delle singole Aziende Sanitarie con lo sviluppo di ulteriori azioni finalizzate al miglioramento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso, in ragione della efficienza ed appropriatezza delle attività erogate;
- 2) di richiedere alle Aziende Sanitarie Regionali l’aggiornamento dei piani aziendali per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding, secondo le indicazioni contenute nel Documento allegato e in base alla situazione organizzativa e strutturale locale entro 30 giorni dall’approvazione

della presente deliberazione, compresa la costituzione a livello locale del Gruppo Tecnico Permanente per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding;

3) di istituire con atto della Direzione Sanità e Welfare, il Gruppo regionale per il sovraffollamento del pronto soccorso e per i ricoveri in area di degenza, con le funzioni di verifica dell'applicazione delle azioni contenute nel documento medesimo, monitoraggio dei piani aziendali, analisi dei dati di attività, proposta di soluzioni di miglioramento, composto da Dirigenti e Funzionari regionali dei Settori competenti, dalla Direzione e Rappresentanti di Azienda Zero e altri Esperti eventualmente individuati;

4) di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale; in quanto trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate annualmente alle Aziende sanitarie di cui agli atti di riparto del Fondo sanitario, precisando che, per quanto riguarda il personale, il ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive avviene nell'ambito nei limiti di spesa per il personale delle AA.SS.RR. di cui alla D.G.R. n. 46-6202 del 7/12/2022;

5) di dare atto che è in corso di predisposizione un provvedimento di proposta al Consiglio per l'attribuzione della funzione di coordinamento e monitoraggio nell'ambito del pronto soccorso e boarding.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato



**Allegato 1**

**LINEE DI INDIRIZZO  
PER IL CONTROLLO E LA GESTIONE  
DEL SOVRAFFOLLAMENTO  
E DEL BOARDING IN PRONTO SOCCORSO**

**Aggiornamento gennaio 2023**

**Gennaio 2023**

---

## INDICE

1.	PREMESSA	PAG.	3
2.	CONTESTO DI RIFERIMENTO	PAG.	3
3.	FINALITÀ DEL DOCUMENTO	PAG.	3
4.	PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO E DEL BOARDING IN PS	PAG.	4
5.	SISTEMA INFORMATIVO	PAG.	7
6.	FORMAZIONE	PAG:	7
7.	AUDIT CLINICO ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVO	PAG.	8
8.	MIGLIORAMENTO CONTINUO	PAG.	8
9.	RIFERIMENTI DI INTERESSE	PAG.	10
10.	APPENDICE A CRITERI DI DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI PER ACUTI IN AREA MEDICA NEL PERIODO DI SOVRAFFOLLAMENTO	PAG.	13
11.	APPENDICE B PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE DI CONFINE	PAG.	17

---

## **LINEE DI INDIRIZZO PER IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO E DEL BOARDING IN PRONTO SOCCORSO (AGGIORNAMENTO GENNAIO 2023)**

### **1. Premessa**

Come noto il sovraffollamento è la situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e la risposta disponibile, in ambito logistico strumentale e professionale; nella maggioranza dei casi il sovraffollamento dipende dal boarding (fenomeno che consiste nella permanenza in PS di pazienti già destinati al ricovero).

Tale fenomeno deve essere nettamente distinto dalle così dette “maxi-emergenze”, il cui determinismo si basa su cause diverse e che richiedono l’attuazione di specifiche misure organizzative.

Un elemento degno di rilievo è dato dal fatto che i picchi di sovraffollamento all’interno del Pronto Soccorso determinano conseguenze indesiderabili e molto rilevanti sul piano qualità delle cure e della sicurezza per i pazienti e per gli operatori, oltre ad un’inadeguata garanzia di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Gli effetti negativi possono manifestarsi con diverse modalità.

In particolare, sui Pazienti:

- ridotta efficienza dei processi di valutazione e trattamento;
- incremento dei tempi di attesa;
- riduzione della tutela della riservatezza;
- riduzione del livello di soddisfazione da parte del paziente;
- aumento del fenomeno dell’allontanamento da Pronto Soccorso prima del completamento del percorso clinico.

Gli effetti sul personale possono essere così schematizzati:

- riduzione della motivazione e della gratificazione;
- aumento di incidenza del fenomeno di burn-out;
- aumento degli episodi subiti di violenza da parte degli utenti.

Gli effetti per l’ospedale nel suo complesso possono essere i seguenti:

- inefficienza del sistema, per presa in carico in PS dell’attività inappropriata di gestione dei pazienti in boarding;
- aumento dei tempi di degenza;
- ridotta attrattività.

### **2. Contesto di riferimento**

Il sovraffollamento e il boarding in Pronto Soccorso incidono su tutta l’organizzazione sanitaria, con tempi di attesa per il ricovero più lunghi per le problematiche mediche generali, rispetto a quelle mediche specialistiche o a quelle chirurgiche; ne consegue anche impatto sul principio di equità nell’accesso alle cure.

Gli aspetti descritti, documentati nella letteratura scientifica da due decenni, sono stati oggetto di atti normativi nazionali (Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 01/08/19) e regionali (D.G.R. 16 Aprile 2021, n. 7-3088 “Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo. Revoca DD.G.R. n. 43-15182 del 23 marzo 2005 e n. 15-12160 del 21 settembre 2009”).

---

Con la nota prot. 29489 del 04.08.2022 della Direzione Sanità e Welfare sono state trasmesse alle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte le "Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del boarding".

Con la DGR 23-5653 del 19.09.2022 "DGR 23-5653 del 19 settembre 2022 "D.lgs. n. 171/2016. Assegnazione degli obiettivi di attività ai Direttori Generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2022" sono stati assegnati gli obiettivi relativi al miglioramento nella gestione e misurazione del boarding, con la finalità di consolidare un percorso di monitoraggio, valutazione e revisione delle modalità di gestione dei DEA/PS, e dei processi organizzativi correlati al DEA/PS (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti e di supportare le Aziende attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili;

Le Aziende Sanitarie hanno quindi redatto e trasmesso alla Direzione Sanità e Welfare i piani locali come sopra detto, depositati agli atti della Direzione medesima.

### **3. Finalità del documento**

L'attuale situazione della rete di emergenza ospedaliera piemontese, con la crisi di reclutamento del personale medico per i PS/DEA, impone un ulteriore intervento urgente e incisivo sul fenomeno del sovraffollamento e del boarding, per quanto riguarda:

- la valutazione tempestiva dei pazienti in urgenza, stabilizzazione e trattamento dei pazienti critici;
- la definizione dei percorsi di cura per tutti i soggetti presi in carico, osservazione breve intensiva (OBI), terapia sub-intensiva;
- la gestione in modo appropriato dei pazienti secondo i percorsi individuati;
- i criteri e le procedure di distribuzione dei ricoveri per acuti in area di degenza nella situazione ordinaria e nel periodo di sovraffollamento;
- il protocollo per la gestione delle patologie di confine.

Peraltro l'attività di gestione dei pazienti in boarding assorbe un importante livello delle risorse mediche infermieristiche e di altro personale e su di essa devono essere coinvolte le diverse funzioni ospedaliere.

La finalità del presente documento pertanto è di aggiornare le linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding nella Aziende sanitarie della Regione Piemonte e per i ricoveri in area di degenza.

Il presente documento contiene indicazioni generali che sono da adattare a livello locale con la realizzazione di protocolli e procedure aziendali basati anche sulle caratteristiche organizzative e strutturali dei vari Presidi ospedalieri.

In tale ambito con atto della Direzione Sanità e Welfare viene istituito il Gruppo regionale per il sovraffollamento del pronto soccorso e per i ricoveri in area di degenza, con le funzioni di verifica dell'applicazione delle azioni contenute nel documento medesimo, di monitoraggio dei piani aziendali, di analisi dei dati di attività, di proposta di soluzioni di miglioramento, composto da Dirigenti e Funzionari dalla Direzione Sanità e Welfare e da altri Esperti eventualmente individuati.

### **4. Piano aziendale per la gestione del sovraffollamento e del boarding in PS**

Al fine di consentire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini e di garantire una presa in carico dei pazienti che si rivolgono al Pronto Soccorso, è necessario un impegno comune di tutti i livelli Istituzionali coinvolti, delle Direzioni Strategiche Aziendali e delle Direzioni di Presidio Ospedaliero e di

---

Dipartimento, oltre che delle diverse Unità Operative che interagiscono in ambito ospedaliero e nell'interfaccia tra il contesto ospedaliero e quello territoriale/domiciliare.

Ciò in quanto il fenomeno non può essere considerato un evento di esclusiva pertinenza del Pronto Soccorso e richiede, pertanto, una molteplicità di interventi di livello sistemico e locale, volti alla corretta pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri e di integrazione con il territorio.

In ogni Azienda e Presidio ospedaliero deve essere istituito il Gruppo Tecnico Permanente (G.T.P.) per la progettazione, il controllo e il monitoraggio del piano aziendale di sovraffollamento e dei ricoveri in area di degenza.

Il G.T.P. deve essere coordinato dalla Direzione Sanitaria aziendale e dalla Direzione Medica di Presidio sede di pronto soccorso ed è costituito dai Direttori/Responsabili del Pronto Soccorso, delle Unità Operative di Area Medica e Chirurgica, delle Professioni Sanitarie, dei principali Servizi interessati a livello aziendale, dal Bed Manager, dai Nuclei ospedalieri per la Continuità Cure, dalla Direzione del Distretto di afferenza con i relativi Nuclei territoriali per la Continuità Cure, in progressiva integrazione con le Centrali Operative Territoriali (COT).

Il G.T.P. ha il compito, tra l'altro, di:

- definire in base alle risorse e all'organizzazione aziendale, il numero di posti letto che ogni Reparto di degenza deve garantire quotidianamente al Pronto Soccorso (vedi appendice A);
- definire le procedure interne di ricovero per le unità internistiche e specialistiche e in generale nelle aree di degenza;
- definire le procedure interne relative all'intervento delle diverse Unità Operative ospedaliere interessate;
- monitorare l'applicazione delle procedure (con particolare attenzione all'attività di ricovero in urgenza a programmata dei reparti) coinvolgendo tutte le Unità Operative interessate;
- attivare strategie alternative in caso di criticità (attivazione letti dedicati in situazione di maggiore afflusso continuativo es. influenza, sospensione day surgery etc);
- definire e applicare le procedure di dimissione appropriata dai Reparti verso il domicilio e le strutture territoriali.

È necessario altresì che ogni Azienda Sanitarie definisca e aggiorni periodicamente il progetto di controllo e gestione del sovraffollamento e del boarding in PS/DEA a livello aziendale e specifico per ogni presidio, in applicazione di quanto già definito nella Circolare 22082/A1403A del 28/10/2016 della Direzione Sanità e nella DGR 7-3088 del 16/04/21 della Regione Piemonte e nella nota prot. 29489 del 04.08.2022, per arrivare gradualmente ai tempi massimi di attesa definiti dall'Atto 143/CR del 01/08/19 della Conferenza Stato-Regioni.

In tale ambito gli obiettivi specifici di processo di ogni PGS sono relativi al contenimento dei tempi di permanenza in PS per tutti i pazienti.

In particolare si definiscono i tempi massimi a cui tendere di seguito riportati, come da indicazioni delle Linee di Indirizzo Nazionali su Triage-OBI-Sovraffollamento (Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2019) e della DGR Piemonte 7-3088 del 16.04.2021.

Il tempo intercorrente tra l'arrivo del paziente in ospedale e il triage infermieristico deve essere il più breve possibile.

L'inizio del triage, ovvero la valutazione sulla porta, deve essere garantito di norma entro cinque minuti a tutti coloro che accedono al pronto soccorso.

Tempo massimo di attesa:

- a. codici 1 (rosso) accesso immediato alle aree di trattamento
- b. codici 2 (arancione) accesso entro 15 min.
- c. codici 3 (azzurro) accesso entro 60 min.
- d. codici 4 (verde) accesso entro 120 min.
- e. codici 5 (bianco) accesso entro 240 min.

Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: 8 ore.

---

Il tempo intercorrente tra la decisione del ricovero ed il ricovero stesso dovrebbe essere il minore possibile e comunque non superare le 2 ore.

L'ammissione dei pazienti in O.B.I., laddove appropriata, deve avvenire entro un tempo massimo di 6 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 36 ore dall'inizio del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Nella stesura del PGS aziendale ed anche nell'attività quotidiana dei Bed Manager, si riprendono alcune indicazioni già esplicitate nei vari riferimenti normativi e documenti tecnici inerenti le soluzioni ipotizzabili alle fasi di sovraffollamento.

Gli interventi di sistema altresì riguardano prevalentemente l'interazione funzionale tra ospedale e territorio, tramite la definizione dei meccanismi di interazione tra ospedale e territorio più opportuni.

#### Interventi proattivi strutturali

a. modulazione dei posti letto ospedalieri in base alla domanda emergente e ai picchi prevedibili di accesso al PS, garantendo comunque la risposta adeguata a tutte le urgenze ed emergenze e alle situazioni di elezione non differibili

b. individuazione di aree/camere per l'accoglienza di pazienti in boarding, attingendo anche ai letti utilizzati solo parzialmente (ciclo diurno o 5 giorni su 7)

c. programmazione di eventuale spostamento temporaneo (anche di qualche ora) di risorse mediche e infermieristiche immediatamente recuperabili dai servizi non essenziali

#### Interventi proattivi sull'organizzazione

a. definizione ed applicazione dei criteri di appropriatezza di ricovero dal PS verso le Unità Operative di degenza

b. superamento del blocco di accesso ai posti letti differenziati per genere (M/F) del paziente da ricoverare; si proceda prima a spostamenti interni, in modo da limitare al massimo la promiscuità

c. ampliamento della fascia oraria di ricovero, portandola progressivamente sulle 24 ore; ogni ASR sviluppa idoneo protocollo di ricovero in accordo con i vari Specialisti e la MeCAU

d. attivazione/potenziamento dei percorsi fast track, attivi almeno 12 ore / die sui 7 giorni

e. definizione di tempi standard per l'esecuzione delle consulenze (massimo 60 minuti), dei referti radiologici e di laboratorio, con differenziazione in base alla priorità del paziente

f. definizione di un numero minimo di posti letto da rendere disponibili giornalmente da parte di ogni struttura o da parte di ogni dipartimento per i ricoveri da PS

g. attivazione precoce del Nucleo Continuità delle Cure (NCC) per:

- invio nel minor tempo possibile in strutture alternative all'ospedale (CAVS, OdC, RSA, Hospice, ecc.

- attivazione assistenza domiciliare

h. Attivazione di holding area al di fuori della MeCAU a gestione dei reparti competenti dove allocare i pazienti in attesa di ricovero

i. eliminazione degli invii in PS da parte degli ambulatori specialistici per attendere il ricovero

#### Interventi reattivi.

Da attivarsi in situazioni di sovraffollamento definite in base al superamento della soglia di riferimento della struttura.

a. invio dei pazienti in attesa di ricovero nei reparti con l'impiego di letti aggiuntivi ove compatibile con la struttura e la dotazione organica

- 
- b. attivazione di risorse aggiuntive in DEA reclutando il personale anche da altre strutture/pronta disponibilità, in relazione alle risorse disponibili
  - c. ricovero dei pazienti anche in dipartimenti diversi da quello di competenza
  - d. ricovero dei pazienti con “patologie di confine” nei reparti con minor pressione di accesso

#### Interventi sul sistema di integrazione tra Ospedale e Territorio

Da attivarsi in condizioni basali.

- a. controllo dei codici pervenuti in PS non appropriati
- b. controllo dell'appropriatezza delle dimissioni dei pazienti dai reparti di area medica verso il territorio
- c. recettività delle strutture territoriali e socio-sanitarie e domicilio

L'incremento della dotazione strutturale dei posti letto, finalizzato a fornire assistenza ai pazienti, può essere attuato anche attraverso la rimodulazione delle attività di ricovero ospedaliero e mediante una revisione dei posti letto ospedalieri e territoriali che preveda il coinvolgimento anche delle strutture private accreditate, per il supporto alle strutture sanitarie pubbliche nella fase di ricovero.

Inoltre, nell'ambito degli interventi di sistema, assume particolare rilevanza l'informazione al cittadino riguardo le differenti tipologie di risposta assistenziale in relazione ai diversi bisogni di salute, al fine di evitare l'improprio ricorso ai servizi di emergenza.

### **5. Sistema informativo**

Come da precedenti indicazioni regionali ogni ASR deve disporre di un sistema informativo e di raccolta dati che consenta di rilevare e rendicontare i tempi relativi alla permanenza dei pazienti nei PS/DEA, con particolare riferimento ai seguenti indicatori:

- 1) tempo di attesa (dalla registrazione al triage alla prima visita medica)
- 2) tempo di processo (dalla prima visita medica alla dimissione, inserimento in OBI o alla decisione del ricovero)
- 3) tempo di boarding (dalla decisione del ricovero al ricovero effettivo)
- 4) pazienti ricoverati da PS nelle Unità Operative di degenza

I dati indicati devono essere calcolati per ogni ospedale (scorporati per ogni reparto di ricovero) sia per i pazienti con ricovero diretto da PS/DEA che per i pazienti ammessi in OBI prima del ricovero.

Per una corretta identificazione del Boarding è utile scorporare dal conteggio la parte dell'area materno infantile in quanto, per dinamiche proprie (esempio rapidità dei ricoveri per le partorienti ecc.), può tendere a modificare sensibilmente il dato.

### **6. Formazione**

In ogni ASR, sulla base del modello regionale, viene programmato un corso residenziale (di 3-5 ore) sul controllo e gestione del sovraffollamento/boarding, rivolto alle posizioni organizzative aziendali indicate nel paragrafo precedente;

Il corso avrà l'obiettivo di condividere con tutti gli attori coinvolti le problematiche relative al sovraffollamento/ boarding, le modalità di analisi/monitoraggio e i possibili interventi da mettere in atto.

Il corso residenziale potrà essere sostituito da un seminario o altro momento di condivisione/confronto soprattutto se la funzione di bed management è attiva da almeno 3 anni continuativi.

---

Dopo il momento comune con i dirigenti e i quadri aziendali, le Direzioni Generali/Sanitarie definiscono le regole interne e le azioni prioritarie vincolanti per il controllo del boarding, da attuare in ogni Ospedale, privilegiando quelle con dimostrata efficacia già descritte nell'Allegato D alla DGR 7-3088 del 16/04/21.

## **7. Audit clinico assistenziale e organizzativo**

Ogni mese dovrà essere prodotto un rapporto di audit a livello aziendale e dei singoli Ospedali sede di PS sui dati di cui sopra, in riferimento agli aspetti clinico assistenziali ed organizzativi, da condividere tra la Direzione strategica, le Direzioni dei presidi ospedalieri e bed manager, le Direzioni dei dipartimenti, i Direttori e coordinatori dei Servizi Diagnostici e delle Strutture Aziendali che ricevono ricoveri da PS/DEA, le Direzioni dei Distretti e NDCC, la Direzione Sanità e Welfare con il supporto e la supervisione del Gruppo regionale per il sovraccollamento del pronto soccorso e per i ricoveri in area di degenza.

## **8. Miglioramento continuo**

Se il sovraccollamento e il boarding rappresentano la criticità più urgente che affligge i PS in Piemonte (e in Italia in generale), bisogna però sottolineare l'importanza di avviare un processo complessivo di valutazione e miglioramento continuo della qualità delle MeCAU e del PS.

In questo quadro più ampio, entro cui il tema del boarding trova una collocazione prioritaria, vanno individuati e implementati gli opportuni indicatori ai fini della valutazione ai fini del miglioramento.

Al momento attuale, si stabiliscono specifici indicatori di qualità del servizio al fine del miglioramento, con riserva di definirne ulteriori, di concerto con i professionisti di settore, che indagano aspetti di appropriatezza organizzativa, appropriatezza clinica del triage e appropriatezza clinica della presa in carico.

Alle Direzioni Generali di ogni ASR/presidio della regione verrà assegnato, fra gli obiettivi annuali, quello di migliorare alcuni degli indicatori di qualità delle MeCAU, scelti all'interno di quelli specifici individuati.

Si sottolinea che il miglioramento dell'indicatore di boarding (tempo medio di attesa posto letto) diviene obbligatorio (quindi non soggetto a scelta da parte della DG) qualora il suo valore risultasse superiore a 2 ore.

### Indicatori stabiliti per il primo anno

#### Boarding (MeCAU)

Tempo medio di attesa posto letto (avendo escluso i casi di pertinenza materno-infantile). Indicatore obbligatorio per tutte le ASR con valore superiore alle 2 ore o se non viene rilevato per inadeguatezza della parte informatica.

- Dati necessari: ora decisione ricovero – ora del ricovero.
- Razionale: i pazienti ricoverandi non dovrebbero attendere il posto letto in PS
- Obiettivo: ridurre lo score rispetto all'anno precedente (eventuale scorporo dei pazienti Covid) oppure prima rilevazione se mai eseguita prima

#### Tempistica di presa in carico del paziente (medica o infermieristica\*) (MeCAU)

Percentuale di pazienti presi in carico entro il tempo raccomandato, sul totale dei pazienti con codice 2, 3, 4, 5 al triage.

- 
- Dati necessari: codice di triage, ora di triage, ora di presa in carico
  - Razionale: i pazienti dovrebbero essere presi in carico entro il tempo raccomandato per il codice colore assegnato al triage.
  - Obiettivo: aumentare lo score rispetto all'anno precedente (eventuale scorporo dei pazienti Covid) oppure prima rilevazione se mai eseguita prima.

*\*La presa in carico infermieristica post triage è oramai elemento imprescindibile nella catena dell'assistenza in PS. Per tale motivo dovrà essere istituito un tavolo tecnico regionale che porti allo sviluppo di protocolli dedicati a questa importante fase del processo di cura.*

#### Tempistica di gestione del paziente in PS (MeCAU)

Percentuale dei pazienti con permanenza in PS inferiore alle 8 ore, sul totale dei pazienti con codice triage 1, 2, 3, 4. Entrano in questo indicatore esclusivamente i pazienti con esito dimissione da PS, trasferimento in OBI, decisione di ricovero.

- Dati necessari: codice di triage, ora di triage, ora di dimissione dal PS, ora di inserimento in OBI, ora di decisione di ricovero.
- Razionale: la gestione clinica del paziente in PS non dovrebbe durare più di 8 ore
- Obiettivo: aumentare lo score rispetto all'anno precedente (eventuale scorporo dei pazienti Covid) oppure prima rilevazione se mai eseguita prima.

#### Appropriatezza nella gestione del paziente critico in PS (MeCAU)

Tempo medio di boarding nei pazienti ricoverati in un letto monitorato (TI, TSI, UTIC, UTIR, ...)

- Dati necessari: ora di decisione di ricovero; ora del ricovero; ricovero in ospedale come esito del PS; reparto di ricovero da PS.
- Razionale: il paziente critico che necessita di letto monitorato non deve restare in PS oltre il tempo utile al suo inquadramento e trattamento iniziali
- Obiettivo: ridurre lo score rispetto all'anno precedente

#### Appropriatezza nella gestione del post-triage (MeCAU)

Percentuale di abbandoni durante l'attesa di presa in carico, sul totale dei pazienti con codice 2, 3

- Dati necessari: ora di triage; ora di presa in carico; ora di uscita dal PS; abbandono all'uscita da PS.
- Razionale: dopo il triage, il paziente in attesa di presa in carico dovrebbe essere comunque seguito per intercettare eventuali bisogni o problematiche.
- Obiettivo: ridurre lo score rispetto all'anno precedente.

#### Appropriatezza clinica nella gestione del paziente potenzialmente evolutivo (MeCAU)

Percentuale di pazienti trasferiti in letto monitorato (TI, TSI, UTIC, UTIR, ...) entro un giorno dal ricovero, sul totale dei pazienti ricoverati da PS in letto non monitorato.

- Dati necessari: ricovero in ospedale come esito del PS; data e ora del ricovero; reparto di ricovero da PS; trasferimento in letto monitorato dopo il ricovero; data e ora del trasferimento; reparto di trasferimento.
- Razionale: l'obiettivo del PS, sui pazienti potenzialmente evolutivi è quello di gestire e stabilizzare il paziente, per ricoverarlo nel reparto più appropriato (work to admit).
- Obiettivo: ridurre lo score rispetto al valore dell'anno precedente.

---

### Accesso al PS

Accessi al PS per codice di priorità

- Dati necessari: accessi al PS per codice di priorità e residenza.
- Razionale: il pronto soccorso deve essere utilizzato in modo appropriato
- Obiettivo: ridurre l'utilizzo non appropriato del PS rispetto all'anno precedente

### Appropriatezza nel passaggio da PS in Reparto

Numero e percentuale di pazienti ricoverati da PS in reparto.

- Dati necessari: pazienti entrati in PS e ricoverati in reparto da PS;
- Razionale: l'obiettivo del PS e delle aree di degenza è ricoverare il paziente nel reparto con le modalità più appropriate ed evitare i ricoveri impropri
- Obiettivo: ridurre lo score rispetto al valore dell'anno precedente.

### Degenza media area medica

Degenza media dei dimessi dai Reparti di area medica (generale e per setting di dimissione)

- Dati necessari: pazienti e giornate di degenza nei reparti di area medica
- Razionale: l'obiettivo delle aree mediche è di assicurare il turnover e le dimissioni appropriate di pazienti; l'obiettivo del territorio è assicurare la disponibilità dei diversi setting territoriali
- Obiettivo: ridurre lo score rispetto al valore dell'anno precedente.

## **9. Riferimenti di interesse**

### Riferimenti normativi

- DM 02/04/2015 n. 70 "Definizione degli standard strutturali, qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera": prevede l'istituzione in ogni ospedale sede di DEA (ospedali hub e ospedali spoke) di una struttura complessa (SC) MeCAU, e assegna agli stessi ospedali postazioni di osservazione breve (OBI) e posti letto di terapia subintensiva (TSI). E' prevista l'attività di OBI anche negli ospedali base e di area disagiata, che non sono sede di DEA
- Circolare 22082/A1403A del 28/10/2016 della Direzione Sanità della Regione Piemonte "Linee di indirizzo per la gestione del paziente in Pronto Soccorso": ha dato indicazioni alle ASR sulle modalità di monitoraggio e gestione del sovraffollamento/boarding, con mandato per produzione annuale di un Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS)
- Conferenza Stato-Regioni: ha approvato con Atto 143/CSR del 01/08/2019 i 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"; i documenti sul Triage e sull'Osservazione Breve Intensiva includono indicazioni sulle dotazioni di personale e sugli standard del numero di postazioni di OBI e dei tempi di permanenza in PS e in OBI, e del tempo di boarding (tempo massimo di attesa per i ricoveri)
- DL 19/05/2020, n. 34 (Decreto rilancio) "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19": ha definito nuovi standard per i posti letto di Terapia Sub-Intensiva (TSI), oltre che di Terapia Intensiva (TI), in rapporto ai residenti nel bacino di utenza di ogni Ospedale

---

- DGR 16/04/2021 n. 7-3088 della Regione Piemonte: ha recepito l'accordo della Conferenza Stato Regioni del 01/08/2019 (Atto 143/CSR) sulle linee di indirizzo nazionali per il Triage, per l'OBI e per la gestione del sovraffollamento, con approvazione di specifiche linee di indirizzo regionali per il Triage, l'OBI, il Fast-Track e per la gestione dei percorsi dei pazienti e del sovraffollamento in PS (Allegati A, B, C, D alla DGR)

#### Riferimenti tecnici

- Institute of Medicine – National Academies USA. Hospital Based emergency care: at the breaking point. Washington (DC): National Academies Press; 2007 <https://www.nap.edu/download/11621> - Accesso/download 19/09/2021

- American College of Emergency - Emergency Medicine Practice Committee. Physicians. Emergency Department Crowding: High Impact Solutions. April 2008 <https://www.edbenchmarking.org/assets/docs/hottopics/2008boardingreportcme%201.pdf> - Accesso 19/09/2021

- NHS England UK – UEC Review Team and ECIST. Transforming urgent and emergency care services in England - Safer, faster, better: good practice in delivering urgent and emergency care. August 2015 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/trans-uec.pdf> - Accesso/download 19/09/2021

- SIMEU. Policy statement sul sovraffollamento dei PS/DEA. 07/11/2015 <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/302/dir> - Accesso 19/09/2021

- SIMEU. Policy statement sulle Unità di Terapia Subintensiva – Edizione “Corona”. 21/05/2020 <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/302/dir> - Accesso 19/09/2021

- SIMEU. Policy Statement sugli Standard di riferimento per le Unità di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza nella rete ospedaliera italiana – Modelli organizzativi e personale. 29/05/2021 <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/302/dir> - Accesso 19/09/2021

- SIMEU. Documento CDR Piemonte del 18/10/2021 “Gestione del boarding”

#### Riferimenti scientifici

- Horwitz LI, Green J, Bradley EH. US emergency department performance on wait time and length of visit. *Ann Emerg Med.* 2010; 55(2):133-141

- Krochmal P, Riley TA. Increased health care costs associated with ED overcrowding. *Am J Emerg Med.* 1994; 12(3):265-266

- Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. *Med J Aust.* 2003; 179(10): 524-526

- Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust.* 2002;177(9):492-5

- Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, et al. Relationship between the National ED Overcrowding scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. *Am J Emerg Med.* 2005;23:288-94

- Richardson DB, Bryant, M. Confirmation of association between overcrowding and adverse events in patients who do not wait to be seen. *Acad Emerg Med.* 2004;11(5):462.

- Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Crit Care.* 2005;9(3):291-5

- Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, et al. Overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med.* 2010; 28(3):304-9

- Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, et al. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2007;35(6):1477–83

- 
- Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, et al. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med.* 2011; 18(12):1324-1329
  - Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.* 2006;184(5):213-216
  - Burt CW, McCaig LF. Staffing, capacity, and ambulance diversion in emergency departments: United States, 2003–04. *Adv Data.* 2006; 376: 1-23
  - Olshaker JS, Rathlev NK. Emergency Department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *J Emerg Med.* 2006;30(3):351–356
  - Nicholl J, West J, Goodacre S, et al. The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study. *Emerg Med J.* 2007; 24(9):665–8
  - Falvo T, Grove L, Stachura R, et al. The opportunity loss of boarding admitted patients in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2007; 14(4):332-337
  - Bayley MD, Schwartz JS, Shofer FS, et al. The financial burden of emergency department congestion and hospital crowding for chest pain patients awaiting admission. *Ann Emerg Med.* 2005;45(2):110- 117
  - Falvo T, et al. The opportunity loss of boarding admitted patients in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2007;14(4):332-337
  - Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med.* 2009;16(1):1-10
  - Proudlove NC, Gordon K, Boaden R. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? *Emerg Med J.* 2003;20:149-155
  - Viccellio A, Santora C, Singer AJ Thode HC, Henry MC. The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. *Ann Emerg Med.* 2009;54(4): 487-489
  - Garson C, Hollander JE, Rhodes KV, Shofer FS, Baxt WG, Pines JM . Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Ann Emerg Med.* 2008;51:9-12
  - Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med.* 2001;8(11):1095-1100
  - Barak-Corren Y, Israelit SH, Reis BY. Progressive prediction of hospitalisation in the emergency department: uncovering hidden patterns to improve patient flow. *Emerg Med J.* 2017;34(5):308-314

---

## APPENDICE A

### CRITERI DI DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI PER ACUTI IN AREA MEDICA NEL PERIODO DI SOVRAFFOLLAMENTO

#### Premessa

Il sovraffollamento dei Reparti di Area Medica è un problema comune in tutti i Presidi Ospedalieri. A fronte di una riduzione generale dei posti letto per acuti, il problema dei ricoveri urgenti nei reparti ospedalieri è sicuramente condizionato anche dalla stagionalità e dall'incremento progressivo della popolazione anziana con problematiche cliniche complesse e, spesso, pluripatologiche.

Il presente documento contiene indicazioni generali che sono da adattare a livello locale con la realizzazione di protocolli e procedure aziendali basate anche sulle caratteristiche organizzative e strutturali dei vari Presidi Ospedalieri.

Nella maggior parte dei Presidi Ospedalieri la modalità di distribuzione dei pazienti ricoverati dal Pronto Soccorso è quella basata sulla disponibilità in tempo reale dei posti letto comunicata al Pronto Soccorso quotidianamente e controllata, se necessario anche più volte al giorno, dal Bed Management in sinergia con la Direzione Medica Ospedaliera.

Nel caso in cui il tasso di occupazione dei posti letto raggiunga il 100%, è previsto il ricorso all'appoggio dei pazienti di competenza internistica in altri reparti o ai letti bis.-

Le Aziende Sanitarie individuano un numero minimo giornaliero di posti letto nelle Unità Operative di degenza, anche nel fine settimana e nei giorni festivi, da fornire al PS per i ricoveri. La consistenza numerica giornaliera si deve basare sullo storico (media giornaliera) dei ricoveri da PS per ogni reparto ed essere flessibile anche in relazione ai flussi dei pazienti.

Il numero di posti di cui sopra viene definito, per ogni Azienda, previo confronto con il Gruppo regionale per il sovraffollamento del PS e per i ricoveri in area medica. La priorità dei ricoveri andrà comunque data alle patologie tempo dipendenti ed in particolare ai pazienti con in livello di assistenza di tipo semi-intensivo.

Ogni Azienda deve adottare una procedura aziendale volta a definire le modalità attraverso le quali sono resi disponibili i posti letto e il flusso dei pazienti dal PS alle Unità Operative di degenza, in condizioni ordinarie e in situazione di sovraffollamento.

#### Obiettivi

- Migliorare l'appropriatezza di ricovero da parte del Pronto Soccorso ed applicare, nel contempo, strategie per una dimissione appropriata e protetta;
- Definire ed applicare un metodo di distribuzione dei ricoveri dal Pronto Soccorso (ricoveri urgenti – pazienti acuti) nei reparti afferenti all'Area medica, definito in tutti i Presidi Ospedalieri della Regione Piemonte, che distribuisca equamente i carichi di lavoro, valorizzi la funzionalità dei reparti che mantengono i tempi di degenza previsti dagli standard regionali, attivando strategie di dimissione appropriata riducendo il rischio, nonché, i disagi per i malati (es. lunghe permanenze in PS in attesa del posto letto, stazionamento nei corridoi, dislocamento in appoggio in altro reparto appartenente ad un'area di assistenza diversa).

#### Criteria di distribuzione dei ricoveri urgenti da pronto soccorso

Il modello prevede i seguenti punti:

- ogni Unità Operativa di degenza del Dipartimento/Area Omogenea medico-specialistica deve ricevere dal Pronto Soccorso un numero predefinito di ricoveri giornalieri basato sul livello storico dell'anno 2019 e comunque modulato sulla base dei picchi di afflusso e dei bisogni di ri-

- 
- coveri nell'area dei degenza.
- il Pronto Soccorso si impegna a distribuire i ricoveri equamente secondo i numeri stabiliti per ciascun reparto (anche attraverso le soluzioni organizzative diverse es. patologie di confine, percorsi socio assistenziali, OBI se risoluzione in 36 ore).

### **Modalità di applicazione**

Il Pronto Soccorso dovrà assegnare alle Unità Operative di degenza i pazienti secondo i numeri stabiliti, tenendo prioritariamente conto della patologia di competenza fino a quando possibile oppure applicando il protocollo specifico Patologie di Confine.

Pertanto, il Pronto Soccorso effettuerà automaticamente i ricoveri giornalieri previsti per ogni Unità Operative di degenza della procedura e ciascun reparto dovrà, di conseguenza, mettere a disposizione giornalmente (in h24 o almeno dalle 8.00 alle 20.00) il numero di posti letto previsti dalla stessa. I ricoveri in fascia notturna vanno concordati di volta in volta tra i componenti del G.T.P. (anche mediante apposito protocollo operativo).

La Unità Operativa di degenza dovrà dunque garantire giornalmente i posti letti liberi stabiliti e, in caso d'impossibilità per sovraffollamento, dovranno slittare anche i ricoveri programmati cercando di riequilibrare quanto prima l'afflusso dei ricoveri.

L'invio dei pazienti dal Pronto Soccorso nelle Unità Operative di degenza avverrà scaglionato nell'arco delle 12 ore diurne, per i pazienti più critici dopo aver comunicato tramite il Bed Manager i nominativi dei pazienti, mentre le necessità clinico assistenziali sono comunicate direttamente al medico di reparto di destinazione e al personale infermieristico accettante.

Ulteriori comunicazioni tra PS e reparti, dovranno riguardare l'invio di malati critici o di problematiche particolari (es. necessità di isolamento ecc.) per i quali predisporre rapidamente un ricovero nel setting assistenziale corretto. Il monte dei ricoveri dovuto, sarà considerato su base bisettimanale. Ogni due Lunedì la Direzione Sanitaria azzerà il dovuto e l'assegnazione ripartirà da zero. Questo non significa che se restassero fuori dei pazienti nel calcolo settimanale non verranno conteggiati, ma che il reparto che non ha rispettato i termini inizierà il nuovo periodo con un debito.

La Direzione Sanitaria Aziendale e la Direzione Medica Ospedaliera terranno sotto stretto controllo il debito e l'esubero dei ricoveri nel medio-lungo periodo.

Nelle fasi di sovraffollamento sarà attento compito del Bed Manager e della Direzione Medica Ospedaliera il monitoraggio degli eventuali spostamenti di pazienti verso l'Area Medica da altre Aree, al fine di valutare l'opportunità di tali spostamenti in considerazione delle attese di ricovero in Pronto Soccorso.

Qualora il numero dei posti letto preordinati non sia sufficiente rispetto al fabbisogno di ricoveri per la giornata, il Pronto Soccorso assegnerà i ricoveri in eccesso proporzionalmente rispetto al contingente giornaliero di ogni U.O. e contemporaneamente segnalerà la problematica alla Direzione Medica Ospedaliera, che si attiverà per mettere in atto misure suppletive di gestione delle specifiche criticità.

Nel caso di necessità di ricovero urgente di pazienti acuti provenienti dal Pronto Soccorso ed in mancanza di posti letto presso la U.O. di competenza, devono essere adottate in sequenza le seguenti procedure:

#### ***Attivazione di un letto in appoggio in altra U.O.***

Se non fosse disponibile il posto letto presso la U.O. di destinazione, sarà, di norma, compito del medico di guardia del reparto accettante insieme al bed manager reperire un posto letto presso una U.O. del Dipartimento o di altro Dipartimento.

#### ***Allestimento di posto letto "bis" presso la U.O. di competenza;***

Nel caso di ricovero in posto letto "bis", sia l'assistenza medica che infermieristica vengono erogate dalla U.O. competente di ricovero e verrà utilizzata la Cartella Clinica del reparto di competenza.

---

Quando viene attivato il piano di sovraffollamento del PS deve essere previsto un incremento minimo del 10% dei posti letto straordinari dell'area medica e del 5% dei posti letto straordinari dell'area chirurgica.

Quando vengono attivate le suddette percentuali di incremento dei posti letto, al personale del comparto coinvolto nell'assistenza dei letti aggiuntivi viene riconosciuta l'attività svolta eccedente l'orario contrattuale con le modalità della prestazione aggiuntiva. In rapporto al flusso dei pazienti i Pronto Soccorso che debbano coprire turni infermieristici per colmare carenze di organico, possono retribuire i suddetti turni eccedenti l'orario contrattuale con la modalità della prestazione aggiuntiva.

I turni della Dirigenza Sanitaria, eccedenti l'orario contrattuale e l'eventuale orario correlato a obiettivi prestazionali negoziati anche stabiliti in accordi integrativi aziendali vigenti, sono retribuiti con la modalità della prestazione aggiuntiva secondo i vigenti accordi.

La Direzione Medica di ogni Presidio Ospedaliero ha il compito di controllare e monitorare la distribuzione dei ricoveri e, in base alla disponibilità giornaliera virtuale di ogni struttura, garantire il rispetto dell'equa distribuzione dei pazienti, con sistema informatico accessibile a tutti i reparti, per monitorare in tempo reale lo stato di applicazione della procedura.

La trasparenza delle informazioni è un indice importante da condividere, in tempo reale, sia tra i medici del Pronto Soccorso che tra tutti i sanitari dell'Area Medica. Il confronto aperto permetterà di valutare l'efficienza delle singole unità e nello stesso tempo segnalare i rallentamenti nelle dimissioni e le criticità emerse.

Le suddette misure sono state presentate e condivise in data 29 Dicembre 2022 con i Direttori di Dipartimento dell'Area Medica degli Ospedali della città di Torino.

### **Ulteriori misure da adottare per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e delle dimissioni**

- Utilizzo appropriato dell'Osservazione Breve intensiva: per le patologie risolvibili in alcune ore (entro 36 ore) va favorita la gestione in OBI secondo criteri d'inclusione ed esclusione pre-stabiliti.
- Rigoroso rispetto dei tempi per le consulenze di paziente ricoverati: le consulenze in Pronto Soccorso degli specialisti devono essere garantite in generale entro 1 ora.
- Ricovero dei pazienti in area diversa dalla Medicina: in caso di necessità nei momenti di sovraffollamento per le patologie di confine.
- Pazienti destinati alla sala operatoria per intervento urgente: questi pazienti possono attendere in Pronto Soccorso per l'accesso in Sala Operatoria per un tempo massimo di due ore dalla conclusione dell'iter diagnostico con indicazione all'intervento chirurgico. Se la tempistica di accesso alla Sala Operatoria superasse le due ore, il paziente deve essere ricoverato nel reparto chirurgico che ha posto indicazione all'intervento.
- Utilizzo del post-ricovero: al fine di rendere più tempestive le possibili dimissioni, per i pazienti in cui la problematica acuta è risolta deve essere incentivato il completamento diagnostico differibile nei 30 giorni seguenti in regime di post-degenza.
- Incremento delle dimissioni dai reparti anche nei giorni festivi e nel fine settimana al fine di incrementare la disponibilità dei posti letto e ridurre i tempi di degenza (sarà previsto un monitoraggio regionale).
- Pianificazione dei rapporti con le Centrali Operative Territoriali da effettuarsi anche direttamente dal Pronto Soccorso, per incentivare le strategie di dimissione protetta in particolare per i pazienti anziani.
- Rapida identificazione nei reparti delle dimissioni difficili. Entro le 48 ore dal ricovero mediante scheda Brass o similare.

### **Indicatori di monitoraggio**

Nel monitoraggio periodico dell'utilizzo di tale metodologia vanno valutati almeno i seguenti indicatori:

- numero di ricoveri da Pronto Soccorso/totale accessi del Pronto Soccorso (andamento nel tem-

- 
- po)
- numero di ricoveri da Pronto Soccorso/numero totale dei ricoveri (andamento nel tempo).
  - numero di ricoveri da Pronto Soccorso in area medica/totale dei ricoveri in area medica (andamento nel tempo)
  - andamento della degenza media dei ricoveri in area medica nel tempo
  - rispetto dei trend giornalieri da parte del PS per ciascun reparto
  - tempi di boarding
  - verifica delle dimissioni dai reparti nei fine settimana/festivi vs. dimissioni nei giorni non festivi

---

## APPENDICE B

### PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA PATOLOGIE DI CONFINE

#### Presentazione e obiettivo del documento.

Il principio fondamentale che regola la gestione di tutti i pazienti deve tener conto delle competenze, del corretto setting di cura e dell'adeguato funzionamento dell'ospedale, con impiego efficiente delle risorse in termini di posti letto, dell'OBI (quando presente) che, se funziona a pieno regime, può prendersi carico e risolvere parte delle patologie in elenco (purché risolvibili in 36 ore come indicato nella DGR 7-3088 sul modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso).

La finalità di tale documento è quella di fornire un metodo per gestire al meglio tutti pazienti che afferiscono in PS e che necessitano di un proseguimento dell'iter diagnostico-terapeutico in regime di ricovero in base alla disponibilità di posti letto presenti in ospedale e alla gestione del sovraffollamento e dei carichi di lavoro sotto la guida della Direzione Sanitaria d'Azienda che ha la responsabilità di far applicare il presente documento, con modalità flessibili per quanto riguarda gli aspetti puramente logistici della struttura, allo scopo di garantire il corretto funzionamento di tutto l'ospedale, ma soprattutto trovare una sistemazione eticamente accettabile ai pazienti.

Obiettivo ulteriore è quello di condividere la presa in carico dei pazienti in boarding in pronto soccorso comprendendo che la problematica è di tutto l'ospedale, gestendo i pazienti in maniera trasversale, interdipartimentale, con carichi di lavoro più equi per tutti, nel rispetto dell'eticità delle cure, in maniera flessibile, considerando anche gli aspetti peculiari delle singole SC. Infine, ma non certo meno importante, ottimizzare i ricoveri nei reparti di Medicina Interna garantendo uno smistamento dei pazienti affetti da "patologie di confine" verso altri reparti.

Il documento contiene indicazioni generali che non possono prescindere dalla realizzazione di protocolli e procedure aziendali basate anche sulle caratteristiche organizzative e strutturali dei vari presidi e dalla comunicazione fra professionisti per procedere alle decisioni più idonee alla risoluzione dei problemi intercorrenti; un elemento determinante in tal senso è la stretta collaborazione tra il Bed Manager della Direzione di Presidio e l'Expert Manager del PS (che conoscono la situazione di tutto l'ospedale e la programmazione delle attività peculiari dei reparti chirurgici e medici specialistici e ne devono tenere conto ma che possono identificare rapidamente pazienti con quadro clinico di "confine").

Se oltre alla patologia acuta, o in assenza di patologia acuta, risultassero emergenti problematiche socio-assistenziali, compito del DEA sarà quello di procedere all'attivazione di appositi percorsi previsti. Nel caso in cui l'avvio del percorso non sia attuabile in PS sarà prioritaria l'attivazione nel reparto che accoglierà il paziente per intercettare le dimissioni difficili, entro 48 ore dal ricovero.

Per "patologie di confine" si intendono quelle situazioni cliniche che da sempre sono oggetto di controversia al momento del ricovero tra gli specialisti che devono accogliere i pazienti. Seppur esista una consolidata abitudine che indirizzi alcune di queste patologie verso i reparti di Medicina Interna, nella gestione del sovraffollamento si deve superare questo schema dirottando i pazienti su reparti che possano prestare lo stesso livello di cura. Si riportano alcuni esempi (non esaustivi). Esistono patologie delle vie biliari che classicamente vengono ricoverate in Medicina per essere studiate prima di essere avviate all'eventuale trattamento chirurgico. In caso di sovraffollamento dichiarato, tali patologie saranno indirizzate direttamente nei reparti di chirurgia in modo da poter ricoverare nelle Medicine solamente pazienti di pura pertinenza internistica.

Per fare questo le Aziende Sanitarie Regionali devono:

- In tempi rapidi (15 giorni dal ricevimento del presente documento) elaborare protocolli come quelli riportati a titolo di esempio nella tabella sottostante, allargando l'elenco dei reparti coinvolti nel progetto (ORL, Neurologia ecc.)

- Realizzare percorsi per accedere ad agende specifiche per la programmazione rapida di esami strumentali (es. RMN colonna lombare in lombalgia) o presa in carico in DH o controlli clinici programmati (es. terapia antalgica), che possano favorire la dimissione rapida.
- Programmare incontri di aggiornamento interdisciplinari (up-to date sulle patologie di confine),

**Quindi risulta prioritaria la stesura di un protocollo in cui si identifichi chiaramente la patologia di confine, il reparto di abituale destinazione, il reparto di nuova destinazione e ovviamente i criteri di inclusione/esclusione dei pazienti in questo protocollo.**

La seguente tabella vuole essere un mero esempio e va ampliata includendo altre patologie e reparti, che ogni Direzione Sanitaria saprà inserire basandosi sulle caratteristiche del proprio presidio ospedaliero e sulle risorse a disposizione.

### **Esempio di alcune patologie di confine**

#### **A titolo esemplificativo e non esaustive di tutti i casi**

<b>Disciplina Specialità "DA – A"</b>	<b>Sindromi di presentazione e patologie</b>
<b>Dalla Medicina alla Chirurgia o Ch.Vascolare</b>	<b>Patologie vascolari</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arteriopatie e patologie venose</li> <li>▪ Gangrene arti inferiori</li> <li>▪ Ulcere infette</li> <li>▪ Piede diabetico con sepsi</li> <li>▪ Dolore di difficile controllo</li> </ul>
<b>Dalla Medicina alla Chirurgia</b>	<b>Patologie apparato digerente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quadri occlusivi/sub-occlusivi intestinali</li> <li>▪ Diverticoliti acute</li> <li>▪ Appendiciti acute non chirurgiche</li> <li>▪ Rettorragia</li> <li>▪ Vomito, dolore addominale, perforazione a cielo coperto, appendicopatia (con esclusione di PID)</li> <li>▪ Rettorragia</li> </ul>
<b>Dalla Medicina alla Chirurgia</b>	<b>Patologia epato-biliare e pancreatica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ittero ostruttivo</li> <li>▪ Colica epatica con o senza litiasi</li> <li>▪ Colangite</li> <li>▪ Pancreatite acuta con o senza litiasi</li> <li>▪ Patologia neoplastica di nuovo riscontro</li> <li>▪ Vomito, dolore addominale, ittero</li> </ul>
<b>Dalla Medicina alla Chirurgia</b>	<b>Traumi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fratture costali</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pneumotorace</li> <li>▪ Contusione organi parenchimatosi</li> <li>▪ Politraumi non da Rianimazione</li> </ul>
<b>Dalla Medicina all'Ortopedia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frattura del bacino anche non chirurgica</li> <li>▪ Frattura amielica di segmenti della colonna</li> <li>▪ Altre fratture senza indicazioni chirurgiche</li> <li>▪ Lombalgia</li> <li>▪ Trauma colonna</li> <li>▪ Politrauma stabile con sole lesioni ossee (senza indicazione a monitoraggio) e esclusione organi parenchimatosi</li> </ul>
<b>Dalla Medicina all'Urologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ritenzione urinaria</li> <li>▪ Ematuria</li> <li>▪ Infezione vie urinarie</li> <li>▪ Colica renale</li> <li>▪ Trauma renale e vie escrettrici (senza indicazione a monitoraggio in TSI)</li> <li>▪ Orchiepididimite o patologia testicolare</li> <li>▪ Prostatite</li> <li>▪ Ematuria con necessità di cateterizzazione e lavaggio continuo o diagnosi</li> <li>▪ Ritenzione di urina non risolvibile in PS</li> <li>▪ Pielonefriti e cisto-pieliti ostruttive</li> <li>▪ Insufficienza renale acuta ostruttiva</li> </ul>
<b>Dalla Medicina alla Psichiatria</b>	<p><b>Stati di agitazione psicomotoria in deterioramento cognitivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agitazione in cui è indicata una revisione della terapia (anche Neurologia)</li> <li>▪ Ansia</li> <li>▪ Wandering</li> <li>▪ Deterioramento cognitivo grave in peggioramento</li> <li>▪ Revisione della terapia qualora prevalgano gli aspetti psicopatologici o comportamentali</li> </ul>
<b>Dalla Medicina alla Cardiologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aritmie</li> <li>▪ Pericarditi</li> <li>▪ Endocarditi</li> <li>▪ Sospetta SCA</li> <li>▪ Scopenso Cardiaco</li> </ul>
<b>Dalla Medicina alla Nefrologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insufficienza renale acuta</li> <li>▪ Insufficienza renale cronica</li> <li>▪ Insufficienza renale con indicazione a trattamento sostitutivo o pazienti abitualmente in terapia dialitica</li> </ul>