



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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



SOMMARIO

SOMMARIO.....	2
PREMESSA.....	3
1. DEFINIZIONI.....	6
1.1 SOVRAFFOLLAMENTO (OVERCROWDING).....	6
1.2 IPERAFFLUSSO.....	6
1.3 BOARDING.....	7
2. FATTORI RILEVANTI.....	7
2.1 FATTORI DI INGRESSO.....	8
2.2 FATTORI INTERNI.....	9
2.3 FATTORI DI USCITA.....	11
2.4 FATTORI DI UMANIZZAZIONE.....	13
3. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO.....	14
3.1 RESPONSABILITA'.....	16
4. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO SISTEMA DI MONITORAGGIO.....	17
APPENDICE: QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	
ALLEGATO: BED MANAGEMENT	
APPENDICE: QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	



PREMESSA

Il Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la *mission* del Pronto Soccorso appare complessa: “garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita”.

In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si parla di **sovraffollamento** (*overcrowding*). 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.

Tra le cause che determinano tale fenomeno, si considerano fattori in ingresso (“*input*”), fattori interni strutturali (“*throughput*”) e fattori di uscita (“*output*”).

Il fattore *input* si riferisce ad un eccessivo e rilevante accesso di utenti al Pronto Soccorso, determinato negli ultimi anni dall’insorgenza di nuovi bisogni assistenziali derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall’aumento del numero di pazienti complessi, dall’avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura; è noto che una parte di tali bisogni assistenziali potrebbe trovare risposte adeguate già nell’ambito del contesto territoriale, attraverso gli strumenti della presa in carico all’interno di specifici percorsi assistenziali integrati tra territorio, ospedale e assetto domiciliare.

Il fattore *throughput* fa riferimento ad un rallentamento dei percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche che necessitano della collaborazione dei servizi specialistici;

Il fattore *output* comprende sia la difficoltà a ricoverare per indisponibilità di posto letto nelle Unità Operative di destinazione, sia il prolungamento della durata di ricovero dovuta, ad esempio, ad un insufficiente livello di efficienza dei servizi diagnostici intraospedalieri, sia la difficoltà a dimettere i pazienti al termine dell’episodio di ricovero, con particolare riguardo ai pazienti in condizione di fragilità sul piano socio-sanitario. Anche tali difficoltà sono riconducibili in gran parte all’insufficienti diffusione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) intraospedalieri e integrati tra ospedale e territorio.



I fattori in ingresso (“*input*”), i fattori interni strutturali (“*troughput*”) e i fattori di uscita (“*output*”) possono concorrere a determinare il prolungato stazionamento dei pazienti già valutati e in attesa del posto letto all’interno del Pronto Soccorso (così detto *boarding*) che determina un notevole assorbimento di risorse operative soprattutto all’interno dei servizi di emergenza dei presidi sede di DEA di secondo livello.

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).

Tali 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 sugli Operatori 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.

Il fenomeno del sovraffollamento in pronto soccorso può causare ripercussioni anche sugli aspetti organizzativi dell’assistenza, in primo luogo determinando alterazioni del funzionamento del sistema di emergenza territoriale legate al fenomeno del “*dirottamento*” delle ambulanze presso altri presidi; un ulteriore effetto indesiderabile è dato dal prolungato stazionamento dei mezzi di soccorso all’arrivo in ospedale, per l’indisponibilità di barelle sulle quali trasferire i pazienti trasportati (così detto “blocco barelle”). E’ evidente che tutte le condizioni fin qui elencate possono facilmente tradursi nell’incremento del contenzioso legale e dei relativi costi correlati.

Nel nostro Paese il fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso è tutt’ora presente e particolarmente accentuato in alcuni periodi dell’anno (ondate di caldo in estate, ondate di freddo in inverno, picchi d’influenza...), soprattutto in particolari contesti come i presidi ospedalieri delle aree metropolitane. Una delle prime risposte che il Servizio Sanitario ha messo in atto per contrastare il fenomeno del sovraffollamento è stata l’individuazione di un sistema di accoglienza e valutazione del



grado di priorità di accesso alle cure, il Triage infermieristico, che ha favorito, contestualmente, anche una serie di altre iniziative tese a dare una risposta strutturale alla presa in carico a livello territoriale, pre e post ospedaliera.

Al fine di garantire una presa in carico del problema e consentire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini che si rivolgono ai 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 dei diversi servizi 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 dei Pronto Soccorso e richiede, pertanto, una molteplicità di interventi di livello sistemico e locale, volti alla corretta pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri.

Gli interventi di sistema riguardano prevalentemente l'interazione funzionale tra ospedale e territorio, tramite la definizione dei ruoli e delle reti sia ospedaliere che territoriali.

Particolare importanza riveste l'organizzazione della rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza secondo il modello "hub & spoke", con la conseguente classificazione delle strutture ospedaliere in funzione della diversa complessità clinico-assistenziale, differenziando i presidi ospedalieri in sedi di Pronto Soccorso, DEA di 1° livello e DEA di 2° livello. In coerenza, anche il Servizio di emergenza territoriale 118 dovrà condividere con le strutture dell'emergenza-urgenza ospedaliera specifici protocolli, finalizzati all'appropriata e congrua gestione dei pazienti, in relazione alla stabilità del quadro clinico, al ruolo degli ospedali nella rete dell'emergenza-urgenza e all'effettiva capacità assistenziale della struttura ricevente.

Infine, 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.

La pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri dovrà identificare un insieme di interventi organici, atti ad accompagnare tutte le fasi del percorso assistenziale, a partire da Pronto Soccorso, passando per la fase di ricovero e fino al momento della dimissione.

Pertanto, le presenti Linee di Indirizzo per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso dovranno condurre alla definizione di strategie per la corretta gestione dei pazienti urgenti, anche al fine di contribuire al superamento delle disuguaglianze ancora oggi osservabili tra i diversi contesti regionali ed aziendali.



1. DEFINIZIONI

1.1 Sovraffollamento (*overcrowding*)

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 le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali.

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.

Il sovraffollamento ha gravi conseguenze:

- sui pazienti: peggioramento degli *outcome*: aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, ridotta soddisfazione del paziente, esposizione agli errori;
- sugli operatori: mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica, aumento dello stress e del *burn out*, aumento degli episodi di violenza verso gli operatori stessi;
- sul sistema: aumento della lunghezza di permanenza in Pronto Soccorso e della degenza in ospedale.

1.2 Iperafflusso

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

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).

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. Le conseguenze del *boarding* sono:

- per i pazienti: aumento della morbilità, della lunghezza del ricovero, della mortalità e aumento della sofferenza di quelli che aspettano distesi sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o anche giorni;
- per gli operatori: aumento dello stress e *burn out*, diminuzione della capacità di rispondere alle emergenze e ai disastri;
- per il sistema: la diversione o il blocco delle ambulanze, l'aumento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.

2. FATTORI RILEVANTI

Facendo riferimento ad uno dei più noti modelli di flusso del sistema di emergenza basato su 3 macro fasi¹: *Input* (fattori in ingresso)/*Throughput* (fattori interni)/*Output* (fattori in uscita), è stato ampiamente dimostrato che il maggior contributo al sovraccarico del sistema è determinato non solo dai fattori di **ingresso**, quanto dai fattori di **processo** e di **uscita**. Questi ultimi, contrariamente al primo, sono significativamente modificabili adottando adeguate strategie riorganizzative.

Tra i fattori di “**input**”, oltre gli aspetti già citati quali, l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali o non soddisfatti in ambiti appropriati di presa in carico del territorio, dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento del numero di pazienti complessi, dall'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura, si riscontra un incremento degli accessi per patologie legate all'epidemiologia stagionale (es. epidemie influenzali e ondate di calore).

Tra i fattori di “**throughput**” quello che incide maggiormente sul progressivo aumento dei tempi di permanenza in PS è la necessità di attivare consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici strumentali, in particolare quelli di livello più avanzato (es. TAC). Tali elementi intervengono sempre

¹ Aspil et al. 2003



con maggiore frequenza, sia per l'aumento dell'età media dei pazienti e delle comorbilità, sia per le evidenti necessità del sistema di dover garantire ricoveri appropriati e dimissioni sicure.

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**”.

Il sistematico monitoraggio dei tempi di attesa nelle fasi di ingresso, processo e uscita dal Pronto Soccorso deve essere posto alla base di qualsivoglia iniziativa organizzativo-gestionale tesa all'ottimizzazione del percorso del paziente in emergenza-urgenza. Al riguardo, le Regioni potranno valutare la possibilità di adottare sistemi/applicativi per il monitoraggio aventi caratteristiche funzionali omogenee, per garantire standard di identificazione, cura e dimissioni appropriati.

2.1 Fattori di ingresso

Seppure negli anni si sia molto lavorato al fine di promuovere un utilizzo appropriato del Pronto Soccorso, sia con interventi sulla rete che sui cittadini, permane una quota di accessi che potrebbero trovare adeguata risposta presso le strutture delle cure primarie a partire dalla medicina generale e continuità assistenziale o mediante un più corretto indirizzamento verso la struttura specialistica di competenza.

Tra gli accessi evitabili possono essere considerate le cosiddette “*condizioni suscettibili di trattamento ambulatoriale*” tra cui le principali patologie croniche, i “*doppi accessi*” legati a un non appropriato funzionamento della rete dell'emergenza territoriale, più in generale gli accessi ripetuti (es. *frequent users*) nonché tutti gli accessi “*impropri*” legati ai modelli organizzativi territoriali (es. orari) ed alle abitudini dei pazienti.

In generale le azioni che possono essere introdotte richiedono un'azione integrata con la rete dei servizi territoriali sanitari e sociali presenti a livello locale.

Di seguito sono elencate le principali azioni da attuarsi a livello di rete dei servizi ospedalieri e territoriali:

- Definizione per ciascun territorio di percorsi di “*affidamento diretto*” per la presa in carico da parte delle Unità Operative Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle *stesse* (es. *pazienti oncologici- nefrologici-ematologici- supporto trasfusionale-urologici*).
- Definizione per ciascun territorio di percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali con classe di priorità di tipo U (entro 72 ore).



- Implementazione presso ciascun Pronto Soccorso di modalità strutturate per la gestione l'informazione/indirizzamento dei pazienti verso la rete dei servizi sociali sociosanitari per percorsi complessi.
- Definizione per ciascun territorio di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent user".
- Definizione per ciascun territorio di percorsi condivisi tra ospedale e territorio per la gestione del "fine vita" con particolare riferimento ai pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e in strutture protette.
- Realizzare e rafforzare i servizi territoriali e soprattutto la loro capacità di intercettare quanto sarebbe inappropriato nell'ambito del Pronto Soccorso, incentivando la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) o anche di Case della salute e Ospedali di Comunità, Hospice.
- Attivazione di soluzioni volte a migliorare l'accessibilità ai servizi di continuità assistenziale, quali ad esempio l'attivazione del numero unico europeo 116117².
- Il sistema di emergenza territoriale, per ottimizzare la gestione dell'afflusso in Pronto Soccorso, nel rispetto delle condizioni cliniche del paziente, dovrà tener conto dei livelli di affollamento, tramite l'opportuna assegnazione dei pazienti coinvolgendo anche i presidi ospedalieri limitrofi.

2.2 Fattori interni

Il corretto bilanciamento della domanda con la reale capacità produttiva del servizio rappresenta la premessa per la fluidità del percorso assistenziale in emergenza-urgenza.

Se in un sistema a domanda non programmata come il Pronto Soccorso, corrisponde una capacità produttiva tendenzialmente fissa si osserveranno fasi di utilizzo sub-ottimale delle risorse, per eccesso di capacità produttiva e fasi di "stress" del sistema, con creazione esponenziale di code, per la gestione dell'eccesso di domanda.

Il percorso del paziente all'interno del Pronto Soccorso sarà fluido se non ci saranno vincoli. Se una risorsa (es. medico, infermiere, consulente, servizio diagnostico, posto letto ...) ha una richiesta che

² Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016



supera la sua capacità produttiva, questo rappresenta un vincolo nel sistema di flusso e pertanto genererà coda proprio nel punto di erogazione di tale attività.

Tali sbilanciamenti possono essere ben tollerati dai sistemi se occasionali e di breve durata; situazioni di cronico sbilanciamento tra domanda e capacità produttiva minano la fluidità del percorso creando situazioni di sovraffollamento con evidenti ripercussioni. Un flusso sarà regolare se in tutte le fasi del percorso le risorse disponibili equilibrano la domanda.

Una corretta stima della domanda deve tenere conto delle fluttuazioni, significative e non casuali, che si registrano nelle diverse fasce orarie del giorno (24 h), di aspetti epidemiologici particolarmente rilevanti e prevedibili in alcuni mesi dell'anno (es. epidemia influenzale) ma anche di aspetti organizzativi che riguardano più strettamente il sistema ospedale ma che impattano significativamente con l'organizzazione del Pronto Soccorso (es. riduzione delle dimissioni dai reparti nel fine settimana, riduzione temporanea di posti letto per le ferie estive etc..).

In linea generale l'adozione di iniziative per migliorare il flusso implica una profonda conoscenza delle caratteristiche della domanda e richiedono un grosso sforzo organizzativo nel modulare in modo flessibile la capacità produttiva sia del sistema ospedale che del sottosistema Pronto Soccorso. I tempi per l'esecuzione di indagini diagnostiche (radiologiche e di laboratorio) e consulenze nonché le relative fasi di attesa, rappresentano, nell'esperienza, componenti rilevanti del tempo complessivo di permanenza in Pronto Soccorso.

Pertanto, si rende necessario garantire la tempestiva esecuzione e refertazione delle prestazioni diagnostiche, non solo per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso, ma anche per i pazienti degenti, al fine di consentire il più rapido *turn over* del posto letto. A tale scopo, i tempi di completamento dei processi diagnostici in parola saranno definiti e condivisi anche attraverso la formale adozione di specifici protocolli organizzativi aziendali e sovra-aziendali che, tenendo conto dei livelli di operatività delle tecnologie disponibili, possano incrementare il grado di efficienza di utilizzo delle medesime. Infatti, la sistematica adozione di un modello efficiente di utilizzo delle risorse diagnostiche disponibili, permette di contenere il ricorso, in condizioni di criticità del Pronto Soccorso, a strategie estemporanee di riduzione dell'attività elettiva che, qualora rivolta ai pazienti degenti, inciderebbe negativamente sull'efficienza dell'intervallo di *turn over*.

Tra i processi di supporto, oltre ai servizi diagnostici e alle consulenze sono da segnalare i trasporti intra ed inter-ospedalieri che devono essere dimensionati in relazione alle modifiche giornaliere e stagionali dei fabbisogni.



Di seguito sono elencate le principali azioni utili a contrastare il fenomeno; tali azioni devono sempre tenere conto del grado di complessità clinica espressa dal Paziente e del relativo grado di intensità assistenziale che la struttura assistenziale è tenuta ad esprimere:

- Adozione di protocolli per la gestione di casi clinici specifici (es.: dolore toracico, ictus...);
- Adozione dei percorsi di *Fast Track* per prestazioni a bassa complessità;
- Monitoraggio dei tempi di esecuzione e refertazione degli esami radiologici, di laboratorio e delle consulenze, per incrementare il grado di efficienza della fase di processo;
- Individuazione di percorsi dedicati per le prestazioni specialistiche rivolte al Pronto Soccorso, che devono essere separati da quelli rivolti ai pazienti degenti e ambulatoriali; inoltre, per garantire la tempestività di completamento dell'iter diagnostico in Pronto Soccorso, deve essere sempre specificato il livello di priorità;
- Adozione di strumenti di comunicazione (sistemi informativi) volti a condividere con i servizi ed il personale coinvolto i livelli di priorità e le informazioni sullo stato di avanzamento dei percorsi;
- Rilevazione dei carichi di lavoro e adeguamento delle risorse adottando anche modalità organizzative che consentano la flessibilità degli organici attivi in funzione del reale grado di attività del servizio nei periodi di prevedibile iperafflusso;
- Adeguamento della dotazione organica di personale anche in funzione del ruolo svolto nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza (Pronto Soccorso, DEA I livello, DEA II livello) e della presenza di strutture quali la Medicina d'urgenza, della Terapia sub intensiva, etc...
- Attuazione di strategie di "rinforzo temporaneo" del personale medico, infermieristico e di supporto.

Secondo i disposti del DM 70/2015, le funzioni di Medicina e Chirurgia di Accettazione-Urgenza (MeCAU), di Pronto Soccorso e di Osservazione Breve Intensiva (OBI) costituiscono strumenti indispensabili per la corretta operatività del percorso in emergenza-urgenza e per un'efficace azione di contrasto al *boarding*; è auspicabile che tali funzioni siano coesistenti all'interno di una stessa unità operativa e che agiscano in stretta correlazione funzionale con le altre articolazioni organizzative ospedaliere ed aziendali.

2.3 Fattori di uscita

In condizioni di iperafflusso, uno dei fattori più rilevanti per evitare gravi situazioni di sovraffollamento è la possibilità di ricoverare tempestivamente i pazienti che ne hanno indicazione.



Su questo aspetto è possibile intervenire con diverse azioni tra le quali:

- Definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del Pronto Soccorso, al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio.
- Implementazione di un cruscotto in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o che si renderanno disponibili in tempi brevi.
- Pianificazione di un numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del Pronto Soccorso, anche attraverso il monitoraggio della durata di degenza dei pazienti.
- Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione dai reparti anche nei giorni prefestivi e festivi, soprattutto a ridosso del fine settimana, almeno per quei pazienti che dispongano già o non richiedano un percorso di presa in carico a livello territoriale.
- Adozione di specifiche procedure organizzative aziendali e interaziendali che garantiscano il rapido *back transfer* dei pazienti dai centri *Hub* di riferimento ai centri *Spoke*, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pazienti.
- Definizione di accordi di rete con i presidi ospedalieri e/o cliniche, che non hanno ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza, per la disponibilità di posti letto per acuti e per post-acuti.
- Istituzione della stanza/area di ricovero ("*Admission Room*"), aree dell'ospedale ed esterne al Pronto Soccorso, dedicate ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento.
- Definizione di percorsi che consentano, nelle situazioni più gravi, di rendere operativa la possibilità di ricovero in altro presidio ospedaliero, previa verifica della reale disponibilità del Posto Letto, e senza interferire significativamente con l'attività di accettazione dell'altro Pronto Soccorso / Ospedale.
- Definizione di percorsi ambulatoriali post-Pronto Soccorso per la presa in carico del paziente al fine di garantire una dimissione sicura e una minore percentuale di re-ingressi in Pronto Soccorso.
- Ove non presente, si ritiene funzionale procedere alla implementazione del programma informatico gestionale di Pronto Soccorso che consenta la visualizzazione in tempo reale di Posti Letto (ordinari e di terapia intensiva).
- Blocco temporaneo dei ricoveri programmati o non urgenti per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento.



Inizialmente tale soluzione dovrà interessare le Unità Operative dell'area medica, compresa l'area medico-specialistica, e in seconda istanza le Unità Operative dell'area chirurgica.

La sospensione dei ricoveri programmati nell'area chirurgica richiede azioni che implicano una complessità organizzativa notevole. Pertanto, tale blocco andrà attuato valutandone la compatibilità con il mantenimento dei tempi di attesa previsti per le attività chirurgiche programmate.

A questo proposito, riveste particolare rilevanza strategica l'implementazione delle funzioni di *Bed Management*, orientate all'ottimizzazione dell'utilizzo della risorsa "posto letto" mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione (Allegato).

2.4 Fattori di umanizzazione

Ogni persona che accede al Pronto Soccorso ha diritto al rispetto della propria dignità personale che deve essere garantito sia in termini di condizioni strutturali e/o tecnologiche del Pronto Soccorso, che dai comportamenti degli operatori e da una comunicazione efficace rivolta ai pazienti ai loro familiari; parimenti, ogni persona che accede al Pronto Soccorso ha diritto di essere informata costantemente durante il periodo di permanenza in Pronto Soccorso. Infatti, l'accesso in Pronto Soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio sanitario; l'esperienza e il ricordo del tempo trascorso in attesa, soprattutto in condizioni di sovraffollamento, rischiano di determinare una perdita di fiducia del cittadino nell'istituzione sanitaria, principalmente a causa dell'insoddisfacente livello di qualità percepita.

È dunque necessario favorire il pieno recupero della centralità del paziente, facendosi carico non solo degli aspetti fisici della malattia, ma anche di quelli psicologici, relazionali e sociali; ciò comporta l'esigenza di conciliare le politiche di accoglienza, informazione e *comfort* con l'adozione di percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino.

Risultano, dunque, auspicabili:

- la presenza di strumenti informativi e modalità di supporto all'attesa (monitor per informazione e intrattenimento nonché sistemi di chiamata dei familiari);
- il coinvolgimento del Volontariato;
- l'adozione di iniziative volte al miglioramento del benessere degli utenti e degli accompagnatori in attesa.

Oltre ad identificare spazi di attesa per le diverse fasi del percorso pre e post visita, dovranno essere individuate soluzioni specifiche, anche strutturali, per garantire idonea accoglienza a persone in



condizioni di fragilità, quali pazienti con agitazione psico-motoria, vittime di violenza, bambini, donne in gravidanza. Inoltre, dovrà essere garantita un'assistenza rispettosa degli specifici orientamenti culturali e religiosi di ciascuno.

Particolare attenzione deve essere posta alla rivalutazione del paziente in attesa, fase fondamentale dell'attività di triage, in quanto permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale e consente, allo stesso tempo, di rassicurare il paziente e/o i familiari e gli accompagnatori sulle condizioni cliniche, in modo che la percezione dell'utente sia di una presa in carico continuativa. Al fine di consentire agli operatori sanitari di migliorare il livello di assistenza, è necessario attivare un sistema di monitoraggio delle azioni adottate per l'ottimizzazione degli aspetti sopra descritti.

3. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Alla luce di quanto fin qui esposto, è di tutta evidenza che la gestione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso non rappresenta un onere del solo Pronto Soccorso, bensì dell'intero sistema ospedaliero ed assistenziale.

Pertanto le Regioni, nell'ambito della propria attività di programmazione sanitaria, formuleranno disposizioni volte a garantire l'adozione in ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera di un Piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, secondo le presenti linee di indirizzo; tale adempimento formerà requisito di accreditamento istituzionale e potrà essere considerato utile ai fini del monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di risultato assegnati alle Direzioni strategiche.

Elementi salienti del Piano in parola sono:

- l'individuazione di indicatori per la corretta rilevazione del fenomeno;
- la definizione delle relative soglie di criticità e di tempestive modalità di risposta, proporzionate ai livelli di criticità rilevata, atte a favorire/facilitare le fasi di processo e di ricovero evitando incongrui e disagiati stazionamenti di pazienti all'interno del Pronto Soccorso.

Le modalità di "misurazione" del fenomeno devono essere uniformi in tutti i Pronto Soccorso e basarsi su un set di indicatori statici e dinamici, la cui rilevazione deve essere effettuata in modo puntuale ed in tempo reale nell'intero arco delle 24 ore.

Un ulteriore sviluppo è rappresentato dal calcolo di specifici algoritmi matematici che, tenendo conto delle stesse variabili, siano in grado di "fotografare" il livello corrente di sovraffollamento.



Questi modelli matematici, consentendo una misurazione più oggettiva e riproducibile (*score*), permettono di superare la logica corrente del conteggio del numero degli accessi.

I sistemi più validati in letteratura sono: NEDOCS³, CEDOCS⁴ e SONET⁵.

Questi tre sistemi, che differiscono per gli indicatori utilizzati e la loro aggregazione, hanno dimostrato un'accuratezza variabile a seconda del *setting* di applicazione. L'accuratezza dei sistemi è stata verificata in base alla valutazione degli operatori in servizio in Pronto Soccorso.

L'ammodernamento dei sistemi informatici dei Pronto Soccorso della Regione è ritenuto un elemento critico ai fini della corretta rilevazione degli indicatori e quindi dell'entità del sovraffollamento e, più in generale, rispetto alla necessità di disporre di informazioni utili per mettere in atto interventi migliorativi.

Le possibili risposte del sistema da inserirsi nei piani aziendali andranno commisurate al livello di sovraffollamento rilevato mediante il confronto con soglie di "criticità" predefinite.

Per ogni Pronto Soccorso dovranno essere definite delle soglie di affollamento o di affollamento grave per ogni singolo indicatore o score, in particolare per gli indicatori dinamici di impegno del sistema e per i tempi di attesa al ricovero. Il raggiungimento delle soglie di affollamento o di affollamento grave comporterà azioni di risposta in relazione a: attivazione di risorse aggiuntive per il Pronto Soccorso, adeguamento del sistema ospedale, interventi sulla rete dei servizi.

Oltre alla definizione di indicatori e soglie di criticità i piani aziendali dovranno prevedere strategie operative da attivarsi in relazione ai livelli di sovraffollamento riscontrati. Le strategie dovranno avere il più possibile un carattere di proattività, cioè essere volte a prevenire il passaggio a livelli di sovraffollamento o grave sovraffollamento. L'efficacia delle azioni è misurabile come la capacità dell'organizzazione di rimanere/ritornare nei *range* di "normalità".

Le strategie di risposta possono essere classificate in relazione al livello di criticità dell'affollamento e all'aspetto su cui intervengono (*input, throughput, output*). La classificazione degli interventi è indicativa, spetta a ciascuna azienda l'identificazione delle azioni più appropriate ed applicabili nel contesto specifico.

L'adozione di meccanismi che consentono di fare fronte ai bisogni di ricovero in emergenza non deve interferire (salvo situazioni di estrema gravità) con le garanzie di accesso programmato nei tempi

³ NEDOCS: Acad. Emerg. Med; January 2004

⁴ CEDOCS: Amer. Journal of Emerg. Medicine; 2014

⁵ SONET: Emergency Medicine International; 2015



previsti dalla normativa regionale vigente. A tal fine le aziende dovranno prevedere modalità di separazione, almeno funzionale, dei due flussi di pazienti.

3.1 Responsabilità

Presso la Direzione Sanitaria viene individuata una funzione aziendale di “*facilitazione dell’attività di ricovero in emergenza-urgenza*”, attribuita a personale debitamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia.

Tale funzione di facilitazione opera in sinergia con il Dipartimento di Emergenza Urgenza e la Direzione Ospedaliera e garantisce stretta connessione con le altre funzioni deputate alla gestione dei flussi dei pazienti (*Bed Manager*, centrale dimissioni e trasporti, ecc.) e assicura:

- l’attuazione dei piani per il sovraffollamento;
- il monitoraggio dei tempi complessivi di permanenza in Pronto Soccorso e degli indici di affollamento;
- il monitoraggio dei tempi intermedi con particolare riferimento al tempo di *boarding* ed ai tempi dei servizi di supporto (diagnostica e consulenze);
- la rendicontazione alla Direzione Aziendale sui temi di competenza.

È opportuno che, in caso di presidi ospedalieri con più stabilimenti, la funzione identificata operi sull’intera rete delle strutture.

Presso il Pronto Soccorso viene individuata la funzione operativa di “*Emergency manager*” da assegnare a personale adeguatamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia. Tale funzione, che si svolge in correlazione con il *Bed Manager* per le attività relative al ricovero del paziente, ha l’obiettivo di ottimizzare la gestione del percorso di cura in emergenza-urgenza dei pazienti all’interno delle varie aree del Pronto Soccorso, mediante le seguenti attività:

- mantenere una visione integrata del percorso del paziente all’interno del Pronto Soccorso, al fine di garantire il completamento del percorso clinico nei tempi stabiliti:
 - facilitare il percorso del paziente tra le varie aree del Pronto Soccorso con particolare attenzione ai tempi di attesa e permanenza del paziente in Pronto Soccorso.
 - ottimizzare i percorsi dei pazienti nelle fasi di diagnostica, consulenza, prescrizione terapeutica, programma di controllo e rivalutazione.
 - ottimizzare i percorsi clinici per le patologie tempo-dipendenti.
- facilitare il percorso di dimissioni a domicilio direttamente dal Pronto Soccorso;
- facilitare l’inserimento dei pazienti del Pronto Soccorso in percorsi ambulatoriali aziendali;



- supportare la risoluzione di criticità interne al Pronto Soccorso, quali:
 - l'individuazione delle limitazioni al flusso dei pazienti nel Pronto Soccorso;
 - l'attivazione di un monitoraggio specifico delle aree di Pronto Soccorso che presentano criticità con maggior frequenza.

4. SISTEMI DI MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio prevedono:

1. *Ex ante*. Per attivare il Piano di Gestione del Sovraffollamento è necessario prevedere in tempo reale situazioni di sovraffollamento in ciascun Pronto Soccorso attraverso strumenti di monitoraggio, quali ad esempio NEDOCS e altri validati, già utilizzati in Italia.
 - 1.1. Deve essere integrato all'applicativo utilizzato dal Pronto Soccorso per gestire i pazienti e fornire in tempo reale la situazione.
 - 1.2. Anche il Servizio di Emergenza Territoriale deve avere a disposizione questo monitoraggio per gestire in maniera razionale gli invii nei diversi PS.
2. *Ex post*. È necessario utilizzare indicatori per redigere il Piano di Gestione del Sovraffollamento e porre in atto azioni organizzative e strutturali per migliorare e prevenire il fenomeno del sovraffollamento.

Gli indicatori ritenuti più utili per la gestione complessiva dell'attività di monitoraggio sono quelli di processo e di esito interni al Pronto Soccorso:

- LOS (*Length of stay*) – tempo di permanenza totale in PS
- % di pazienti (codice triage) che si allontana prima visita
- Tempo di attesa per il ricovero
- Eventi avversi (cadute, allontanamenti di pazienti a rischio, *undertriage*, rientri entro 48 ore, eventi legati ad uso di farmaci, ecc).

Si elencano di seguito altri indicatori, statici, dinamici e dinamici temporali, quali per esempio:

- Statici:
 - N° PL/barelle/box realmente presidiati in PS
 - N° PL dell'ospedale a cui si può accedere
- Dinamici di impegno di sistema:
 - N° complessivo di pazienti in carico al PS
 - N° pazienti critici in carico in PS
 - N° pazienti in attesa di ricovero



- N° pazienti in attesa di prima visita (in riferimento ai codici di priorità)
- Indicatori dinamici temporali:
 - Tempo di attesa massimo per la prima visita
 - Tempo di attesa massimo al ricovero

Inoltre, si dovrà tener conto dell'intercettazione di quelle potenziali condizioni di insufficiente filtro in Pronto Soccorso attraverso il monitoraggio dei Tassi di Ricovero. Altri indispensabili indicatori da non sottovalutare sono la degenza media delle unità operative e più specificatamente il valore standard costituito dalla degenza media nazionale DRG specifica ed il monitoraggio dei Tassi di Occupazione dei posti letto (TO), essendo circa il 70% dei ricoveri effettuati nei grandi Pronto Soccorso afferenti all'area medica rispetto quella chirurgica e caratterizzati da TO molto elevati.



FUNZIONE DI BED MANAGEMENT - Allegato

Un corretto governo dei flussi del paziente in ospedale costituisce una delle priorità organizzative per contrastare il fenomeno del sovraffollamento in PS con particolare riferimento ad eventi quali la prolungata attesa presso il PS e il ritardo nella dimissione dei pazienti, al fine di evitare l'incremento della degenza media e del rischio clinico.

L'istituzione della funzione del Bed Management rappresenta un elemento di facilitazione nel processo di governo dei flussi del paziente in ospedale e rappresenta una funzione della Direzione Aziendale tesa ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostico-terapeutici.

Al momento non è disponibile un unico modello di riferimento per la funzione di Bed Management, in quanto ogni realtà deve confrontarsi con le proprie risorse umane, logistiche e tecniche, tuttavia tale funzione rappresenta un'espressione di integrazione professionale medico-infermieristica nell'ambito di un team i cui componenti devono possedere le seguenti caratteristiche: la conoscenza approfondita dell'ospedale e la conoscenza delle esigenze operative, al fine di garantire la massima integrazione tra i percorsi di urgenza e quelli programmati.

La funzione del Bed Management dovrà essere declinata in un regolamento che ne evidenzia le modalità organizzative e le relative attività.

Modalità organizzative.

- L'attribuzione della funzione del Bed Management ad un team definito con uno specifico atto, in cui dovrà essere individuato un responsabile, il contingente di personale sia in termini qualitativi che quantitativi;
- La funzione deve essere garantita con continuità nell'arco dell'intera settimana.
- La definizione di un sistema di relazioni formalizzate con:
 - o Direzione medica di presidio
 - o Pronto soccorso
 - o Le Unità Operative ed i Servizi dell'azienda
 - o Distretto sanitario ed altre strutture territoriali di assistenza
 - o Case manager, se presente

Attività.

Organizzare un insieme di azioni per facilitare, governare e verificare il flusso dei ricoveri.

- Gestire la risorsa "posto letto".
 - o verifica in tempo reale della disponibilità dei posti letto;
 - o indicazione dei tempi di ricovero attraverso un sistema di relazione continuo con le UU00, supportato da un cruscotto per il monitoraggio.
- Gestire il piano delle dimissioni:
 - o verifica della programmazione delle dimissioni e della continuità delle stesse nell'arco di tutta la settimana;



- organizzazione di un sistema di dimissioni verso altri setting assistenziali (Post acuzie, Lungodegenza, Riabilitazione, Ospedali di Comunità, Case della Salute, ecc...).
- Nell'ambito di accordi tra aziende sanitarie e strutture private accreditate, facilita i ricoveri da Pronto Soccorso e i trasferimenti dalle Unità Operative.
- Di concerto con la Direzione Sanitaria, procede al monitoraggio della durata della degenza dei pazienti.
- Sviluppare un sistema di presa in carico precoce delle "dimissioni difficili" sin dal momento del ricovero;
- Monitorare i percorsi dei pazienti considerati "frequent user", anziani fragili e socialmente difficili.

Si dovrà prevedere un cruscotto per il monitoraggio dei posti letto e delle dimissioni in tempo reale che dovrà interfacciarsi con il sistema informativo del Pronto Soccorso.

I dati di monitoraggio, disponibili on line, saranno visibili per le Unità Operative con l'obiettivo di promuovere una collaborazione tra tutte le strutture del presidio ospedaliero.

Periodicamente saranno pubblicati report sui dati di attività.



Appendice - QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

- D.P.R. del 27 marzo 1992 *“Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”*;
- Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato-Regioni (1996) *“Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992”*;
- Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: *“Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria”* (G.U. Serie Generale n. 285 del 07 dicembre 2001) che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza-urgenza;
- Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 maggio 2003 *“Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza”*;
- Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 17 dicembre 2008 *“Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”*;
- Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 2014 *“Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate”*;
- Decreto del Ministro della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 *“Regolamento di definizione degli standard qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;
- Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato-Regioni del 7 settembre 2016, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ai sensi dell'articolo 54 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289;
- DPR 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*.



**Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano di gestione
del sovraffollamento in pronto soccorso.
Revisione delle Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage.
Gruppo di lavoro istituito con Decreto Ministeriale del 4 ottobre 2018**

Coordinatore

Andrea Urbani	Direttore Generale - Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria
---------------	---

Coordinatore tecnico scientifico

Andrea Piccioli	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Direttore Ufficio 3
-----------------	--

Componenti

Aida Andreassi	Commissione Salute - Regione Lombardia
----------------	--

Franco Aprà	Commissione Salute - Regione Piemonte
-------------	---------------------------------------

Serena Battilomo	Ministero della Salute - Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema informativo Sanitario e della Statistica - Direttore Ufficio 3
------------------	--

Velia Bruno	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 3
-------------	--

Anselmo Campagna	Commissione Salute - Regione Emilia Romagna
------------------	---

Angelo Lino Del Favero	Istituto Superiore di Sanità - Direttore Generale
------------------------	---

Elisabetta Santori	Ministero della Salute - Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema informativo Sanitario e della Statistica - Direttore Ufficio 3
--------------------	--

Alessandro Ghirardini	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS
-----------------------	---

Maria Teresa Lorettucci	Ministero della Salute - Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN - Ufficio 3
-------------------------	---

Monia Mancini	Cittadinanzattiva
---------------	-------------------

Maria Pia Ruggieri	Cittadinanzattiva
--------------------	-------------------



Esperti	
Francesco Enrichens	Direttore Sanitario ATS Sardegna
Giuseppe Murolo	Responsabile del Servizio Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti - Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico della Regione Siciliana

Altri partecipanti	
Luigi Bertinato	Istituto Superiore di Sanità - Direttore Area Governo Clinico
Claudio Seraschi	Ministero della Salute - Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN - Ufficio 3

Segreteria tecnica	
Roberta Cappelluti	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Ufficio 3
Giuseppina Ciarniello	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Ufficio 3
Katia Salomone	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Ufficio 3