



LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO NELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO

REGIONE ABRUZZO



ANNO 2022

**ASR Abruzzo – Agenzia Sanitaria Regionale
Via A. Monti, 9 – 65127 Pescara Tel. 085 450871**

www.asrabruzzo.it

Sommario

Introduzione e riferimento normativo.....	3
Razionale	3
Piani di gestione del sovraffollamento	4
Indicatori di sovraffollamento	4
Indicatori statici:.....	4
Indicatori dinamici di impegno del sistema:	4
Indicatori dinamici temporali:	4
Gestione informatizzata degli accessi al Pronto Soccorso	5
Calcolo del NEDOCS.....	5
Interpretazione del NEDOCS	6
Azioni/interventi programmabili nel PAGS	7
Responsabilità.....	9
Standard di fabbisogno del personale	10
Modelli Organizzativi: Bed Management	11

Introduzione e riferimento normativo

I servizi di Pronto Soccorso (PS) rappresentano il primo punto di riferimento per i bisogni sanitari urgenti e non programmati dei cittadini che vi ricorrono, con esigenze e priorità differenti. Attualmente la principale criticità dei servizi di PS è rappresentata dal sovraffollamento, ovvero quel fenomeno che periodicamente compromette il normale funzionamento del PS, determinato dallo squilibrio tra domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa di essere visitati, trattati o ricoverati) e capacità di offerta della struttura (disponibilità di risorse umane e/o strutturali). Il sovraffollamento può incidere negativamente sulla qualità del servizio offerto e sugli esiti delle prestazioni in termini di mortalità o morbilità ospedaliera, aumenta il rischio di eventi avversi, peggiora la qualità percepita da parte dei pazienti e familiari/accompagnatori, peggiora il benessere psico-fisico degli operatori (burnout), riduce il rendimento lavorativo, aumenta l'insoddisfazione degli operatori, compromette la privacy dei pazienti, aumenta il rischio di aggressioni ed episodi di violenza a danno degli operatori sanitari e compromette la fiducia dei cittadini verso i servizi di emergenza e il S.S.R.

L'Intesa Stato Regioni n. 143/CSR del 1° agosto 2019, recepita in regione Abruzzo con DGR n. 17 del 13 gennaio 2020, dispone che le Regioni, conformemente con quanto stabilito nelle Linee di Indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del Sovraffollamento in PS, devono formulare disposizioni volte a garantire l'adozione, in ogni Azienda Sanitaria, di un Piano per la Gestione del Sovraffollamento in PS. Tale adempimento formerà requisito di accreditamento istituzionale e verrà considerato utile ai fini del monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di risultato assegnati alle Direzioni strategiche.

Pertanto, la regione Abruzzo, con le seguenti Linee di Indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso, nell'ambito della propria attività di programmazione sanitaria, in attuazione di quanto disposto dall'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019, detta disposizioni in materia alle Direzioni Aziendali.

Nello specifico, il presente documento si propone di fornire alle Aziende Sanitarie indirizzi strategici generali e uniformi per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di PS e prevenire le sue conseguenze negative che richiedono il monitoraggio continuo, l'analisi delle criticità e l'attuazione degli specifici interventi da attivare in rapporto alla gravità delle situazioni (dalla fase di "non sovraffollamento" alla fase di "sovraffollamento severo"), attraverso i Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento, di seguito indicati con l'abbreviazione di PAGS.

Le Aziende Sanitarie, con specifico riferimento ai singoli Presidi sede di Pronto Soccorso, devono adottare i provvedimenti necessari per dare attuazione alle indicazioni contenute nel presente documento, attraverso le seguenti attività in ordine logistico:

- a. predisposizione ed attuazione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento (PAGS);
- b. monitoraggio del sovraffollamento secondo modalità uniformi;
- c. realizzazione degli interventi/azioni di contrasto al sovraffollamento.

Razionale

Il problema del sovraffollamento nei servizi di PS (overcrowding) è un fenomeno assai noto a livello internazionale: il normale funzionamento del PS è periodicamente reso difficile dalla sproporzione esistente, ed oggettivamente misurabile, tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa ed in carico) e le risorse realmente disponibili (umane, strutturali, organizzative). Da una analisi preliminare, facendo riferimento ad uno dei più noti modelli di flusso del sistema di emergenza basato su 3 macro fasi - Input/Throughput/Output (Asplin et al 2003) - è stato ampiamente dimostrato che il maggiore contributo al sovraccarico del sistema è determinato non tanto dai fattori di input (ingresso) quanto dai fattori di throughput (processo) e di output (uscita). Questi ultimi, contrariamente al primo, sono significativamente modificabili, adottando adeguate strategie riorganizzative. Tra i fattori di "input" l'incidenza maggiore è da ascrivere, a titolo esemplificativo e

non esaustivo, all'incremento degli accessi per patologie legate all'epidemiologia stagionale (es. epidemie influenzali), o all'incremento dei flussi turistici. 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 o RMN). Tali elementi intervengono sempre con maggiore frequenza, sia per l'aumento dell'età media dei pazienti e delle comorbidità, 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, i pazienti che ne hanno indicazione: questo fenomeno è noto anche con il termine di "boarding" (pazienti in attesa di ricovero) ed è il fattore più influente nel determinare il sovraffollamento in PS.

Le Aziende Sanitarie, previa corretta programmazione del piano di fabbisogno del personale sanitario in organico al P.S. e correlato piano assunzionale, che costituisce parte integrante e sostanziale del PAGS, devono predisporre e mettere in atto soluzioni organizzative che rendano più efficienti le fasi di "processo" e di "uscita" del paziente dal sistema di emergenza urgenza, al fine di garantirne un efficace e tempestivo percorso di cura e di ricovero.

Piani di gestione del sovraffollamento

Le Direzioni Generali e Sanitarie a cui fanno capo le attività di PS delle Aziende Sanitarie, in linea con quanto è stato fatto per la gestione delle maxi-emergenze con la stesura dei PEMAFA (Piani Emergenza Massiccio Afflusso Feriti), devono provvedere a redigere, approvare ed applicare i piani particolareggiati per la gestione del sovraffollamento con:

- l'adozione di indicatori regionali per la corretta rilevazione del fenomeno;
- la specifica definizione per singolo PS delle relative soglie di criticità e di tempestive modalità di risposta, proporzionate ai livelli di criticità rilevata e rapportate al livello gerarchico di complessità del PS, in grado di facilitare le fasi di processo e di ricovero e di evitare stazionamenti di pazienti.

Indicatori di sovraffollamento

Le modalità di "misurazione" del fenomeno, indicate a livello regionale, devono essere uniformi in tutti i PS regionali e basarsi su un set di indicatori statici e dinamici, in linea con gli indirizzi nazionali.

Indicatori statici:

- numero di letti / barelle / box realmente "presidiati" in PS;
- numeri posti letto dell'Ospedale (a cui il PS può accedere).

Indicatori dinamici di impegno del sistema:

- numero complessivo di pazienti in carico al PS;
- numero di pazienti critici in carico in PS;
- numero di pazienti in attesa di ricovero;
- numero di pazienti in attesa di prima visita (con riferimento ai codici di priorità).

Indicatori dinamici temporali:

- tempo di attesa massimo per la prima visita;
- tempo di attesa massimo al ricovero (cioè il tempo che intercorre da quando si assume la decisione del ricovero a quando realmente avviene).

La rilevazione di tali indicatori deve essere effettuata in modo corretto ed in tempo reale (h24); ne consegue che i programmi informatici in dotazione ai PS, sotto la responsabilità delle Direzioni Aziendali, devono disporre di queste opzioni e, dove non previste, prevederne l'implementazione in un termine temporale di 6 mesi dall'approvazione del presente documento. Gli indicatori dinamici sopraindicati, ed in particolare il numero di pazienti in carico, possono essere utilizzati per identificare scostamenti significativi (a titolo di riferimento oltre il 90° percentile della distribuzione media dei dodici mesi precedenti), utili se ripetuti in almeno due rilevazioni nella stessa giornata, sulla base dei quali adottare le soluzioni pianificate. Un ulteriore sviluppo, come da indirizzi nazionali, è rappresentato dal calcolo di specifici algoritmi matematici che, tenendo conto delle stesse variabili, siano in grado di "fotografare", in tempo reale, 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: NEDOCS (Acad. Emerg. Med; January 2004), CEDOCS (Amer. Journal of Emerg. Medicine; 2014) e SONET (Emergency Medicine International; 2015). Questi tre sistemi, che differiscono per gli indicatori utilizzati e la loro aggregazione, hanno dimostrato una accuratezza variabile a seconda del setting di applicazione. Valutando le diverse precedenti esperienze regionali in materia di sovraffollamento di PS, considerata la necessità di adottare a livello regionale di un sistema uniforme e comune di rilevamento, la Regione Abruzzo propone l'adozione del sistema NEDOCS.

È necessario prevedere una fase trimestrale di validazione dello strumento che consenta di definire le soglie di criticità nel contesto regionale, identificando, in base allo score ottenuto, diversi livelli di sovraffollamento per una più efficace applicabilità.

Gestione informatizzata degli accessi al Pronto Soccorso

Sulla base di quanto premesso, l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti in entrata in Pronto Soccorso va perseguita con l'introduzione nel sistema di gestione informatizzata al Pronto Soccorso di un metodo di rilevamento quale il calcolo del NEDOCS che, in tempo reale ed univoco, esprime la possibilità residua di risposta del pronto Soccorso stesso.

Calcolo del NEDOCS

$$-20+85.8(c/a)+600(f/b)+13.4(d)+0.93(e)+5.64(g)$$

- a) Numero dei letti di PS
- b) Numero letti dell'Ospedale
- c) Numero totale, attesa e visitati, dei pazienti in PS
- d) Numero dei pazienti ventilati in PS
- e) Tempo di attesa massimo al ricovero in ore
- f) Numero di pazienti in attesa di ricovero in PS
- g) Tempo di attesa massimo alla visita di PS in ore

OVERCROWDING SCALE					
NEDOCS	0-50	51-100	101-140	141-180	>180
Stato	Normale Attività	Affollamento — intensa attività	Sovraffollamento — sovraccarico di sistema	Grave Sovraffollamento — sistema insufficiente	— sistema al collasso

Interpretazione del NEDOCS

STATO DEL PRONTO SOCCORSO		AZIONE CORRETTIVA
	• 0-50 Normale Attività	
	• 51-100 Affollamento – intensa attività	
	• 101-140 Sovraffollamento - sovraccarico di sistema	Allertamento 118
	• 141-180 Grave Sovraffollamento - sistema insufficiente	Recupero risorse
	• >180 sistema al collasso	Riduzione ricoveri programmati

In caso di sovraffollamento (NEDOCS ≥ 101), il responsabile medico di turno al Pronto Soccorso allerta la Centrale del 118 mediante comunicazione diretta.

In caso di grave sovraffollamento (NEDOCS ≥ 141) è necessario provvedere a richiamare risorse aggiuntive anche da altre UU.OO. al P.S. (a titolo indicativo: 1 medico internista+1 infermiere già presenti in servizio o in pronta disponibilità).

In caso di perdurante grave sovraffollamento si provvede alla riduzione progressiva dei ricoveri programmati a cura della Direzione Medica di Presidio, in coordinamento con gli altri Presidi e di concerto con la Direzione Sanitaria Aziendale.

Per favorire i processi di uscita di nuovi pazienti dal Pronto Soccorso risulta necessaria una programmata e tempestiva disponibilità di letti per il ricovero.

Si raccomanda che la programmazione delle dimissioni dai reparti di degenza sia suddivisa in due fasce orarie, una mattutina ed una pomeridiana, in quanto si ridurrebbe il tempo di attesa ed il conseguente carico assistenziale. Bisogna ben tener presente che una volta saturati i presidi (letti e barelle) la possibilità fisica di “scaricare i pazienti” dalle ambulanze e prendere in carico ulteriori pazienti si annulla se non continuando a fare attività clinica direttamente sulle barelle delle ambulanze.

Gli indicatori puntuali finora descritti, rilevati in modo continuativo, vanno correlati con alcuni indicatori complessivi che andranno invece misurati con un riferimento temporale più ampio (settimanale, mensile o trimestrale). Gli indicatori complessivi di processo e di esito più utili sono:

- LOS (“Length Of Stay” – tempo di permanenza totale in PS);
- percentuale di pazienti (per codice triage) che si allontana prima della visita;
- tempo di attesa per il ricovero (dalla decisione all’invio in reparto);
- eventi avversi (es. cadute, allontanamenti di pz a rischio, undertriage, rientri entro 48h, eventi legati all’uso di farmaci, ecc.).

Pertanto, le Direzioni delle Aziende Sanitarie, oltre alla quota di pazienti che si allontanano dopo la registrazione (indicatore già rilevato nel flusso dati PS regionale e alla cui qualità deve essere posta specifica attenzione), dovranno provvedere a rilevare regolarmente anche i suddetti indicatori. L’ammodernamento dei sistemi informatici dei PS della regione è ritenuto un elemento fondamentale 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.

Azioni/interventi programmabili nel PAGS

Le principali azioni per contrastare il fenomeno del sovraffollamento sono descritte nella tabella di seguito.

Tabella 1. Fattori di ingresso, interni e di uscita per il contrasto al sovraffollamento.

Fattori di ingresso	Azioni centrate sull'integrazione con la rete dei servizi territoriali sanitari e sociali presenti a livello locale	<ul style="list-style-type: none"> 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 PS di modalità strutturate per la gestione, l'informazione l'indirizzamento dei pz 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" la rete dei ser- con particolare riferimento ai pazienti in ADI e in strutture protette Realizzare e rafforzare i servizi territoriali e soprattutto la loro capacità di intercettare quanto sarebbe inappropriato nell'ambito del PS, 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 116117 Il sistema di emergenza territoriale, per ottimizzare la gestione dell'afflusso in PS, 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.
Fattori interni	Azioni centrate sul grado di complessità clinica espressa dal paziente e sul relativo grado di intensità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> 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;

		<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione di percorsi dedicati per le prestazioni specialistiche rivolte al PS, che devono essere separati da quelli rivolti ai pz 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, ecc. • Attuazione di strategie di "rinforzo temporaneo" del personale medico, infermieristico e di supporto.
Fattori di uscita	Azioni mirate per lo più al ricovero tempestivo di pazienti che ne hanno indicazione	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del PS, 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 PS, anche attraverso il monitoraggio della durata di degenza dei pz. • 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 pz 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 pz dai centri Hub di riferimento ai centri Spoke, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pz. 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 PS, dedicate ai pz 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

		<p>Letto, e senza interferire significativamente con l'attività di accettazione dell'altro PS/Ospedale.</p> <ul style="list-style-type: none"> Definizione di percorsi ambulatoriali post-PS per la presa in carico del pz al fine di garantire una dimissione sicura e una minore percentuale di re-ingressi in PS. Ove non presente, si ritiene funzionale procedere alla implementazione del programma informatico gestionale di PS 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
--	--	---

Responsabilità

La responsabilità complessiva del PAGS è in capo alla Direzione Generale Aziendale. Presso la Direzione Sanitaria Aziendale viene individuata una funzione 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 di Presidio 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.

Standard di fabbisogno del personale

Con DGR 37/2019, recante Indicazioni operative per la predisposizione del piano triennale di fabbisogno di personale delle Aziende Unità Sanitarie locali del SSR, la regione Abruzzo ha individuato gli standard di personale operante nell'Area dell'Emergenza Urgenza in relazione alla categoria di Pronto Soccorso, nel rispetto di quanto previsto dal DM 70/2015. I valori minimi elencati nella tabella sottostante si intendono riferiti a tutte le attività legate all'accettazione e Pronto Soccorso: ambulatoriale, osservazione breve intensiva, triage e assistenza sul territorio.

Per la valutazione degli accessi, vanno considerati gli accessi con permanenza in Pronto Soccorso inferiore a 4 ore.

Tabella 2: Fabbisogno nell'Area dell'emergenza Urgenza

Valori minimi in FTE	Tipologia di Ospedale			
	PPI	Pronto Soccorso	DEA I	DEA II
Dirigenti Medici	3-6	6-14	12-24	24-40
Infermieri	6-12	12-18	16-48	48-70
Operatori Socio Sanitari	2-4	4-6	5-16	16-23

Va comunque ribadito quanto indicato dall'Intesa Stato Regione sui Documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di Indirizzo nazionali sullo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto soccorso" (Rep. Atti n. 143/CSR del 1° agosto 2019), approvata dalla regione Abruzzo con DGR 17/2020, ovvero che l'organico di **Pronto Soccorso** prevede una dotazione di personale infermieristico compatibile con il numero di accessi alla struttura, con la complessità delle patologie da trattare, tenendo conto anche della variabilità dei flussi giornalieri e stagionali.

Inoltre l'Intesa soprarichiamata ha altresì individuato lo standard di personale relativo alla funzione di Triage. Nello specifico la funzione del Triage è propria dell'infermiere appartenente all'organico del PS/DEA.

In particolare, nei Pronto Soccorso con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno, il Triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva.

Nei Pronto Soccorso con un numero di accessi/anno inferiore a 25.000, la funzione di Triage è assicurata da una unità infermieristica, dedicata o non, sempre nel rispetto dei criteri previsti dal presente documento.

Per le grandi strutture ospedaliere, è necessario prevedere una unità infermieristica specificatamente addetta alla rivalutazione e sorveglianza della sala d'attesa post Triage, per svolgere in maniera appropriata le attività di monitoraggio sulla potenzialità evolutiva e rassicurazione dei pazienti non ancora visitati.

Pertanto, si prevede come *dotazione minima* nelle 24 ore per:

- P.O. sede di PS semplice: n. 1 unità infermieristica;

- P.O. sede di DEA di I livello: n. 2 unità infermieristiche e n. 1 unità di personale di supporto;
- P.O. sede di DEA di II livello: n. 2 unità infermieristiche, n. 1 unità infermieristica dedicata alla rivalutazione, n. 1 unità di personale di supporto.

La dotazione complessiva del personale per l'attività di Triage prevede oltre al personale infermieristico, la presenza di personale amministrativo e di supporto adeguato al livello di complessità della struttura.

È raccomandata la presenza di una figura addetta a garantire la sicurezza dei visitatori e degli operatori.

Per quanto riguarda invece l'**attività di OBI**, L'Intesa stabilisce che la dotazione di personale assegnato, in modo integrato con il Pronto Soccorso, è proporzionale alle dimensioni della struttura, intendendo per dimensione il numero di postazioni operanti.

Per un modulo di 5-8 postazioni, si indica come dotazione minima la presenza di una unità infermieristica nelle 24 ore e presenza medica non continuativa pari a 60min/die per postazione. Nelle ore notturne la presenza del medico è assicurata dal personale in servizio presso il Pronto Soccorso. Per quanto riguarda il personale di supporto, è altresì indicata la presenza di una unità di OSS nelle 12 ore diurne; nelle ore notturne tale risorsa può essere condivisa con il P.S.

Per dimensioni superiori, da 9 a 15 postazioni, la dotazione di personale è di norma incrementata (v. Tabella 3).

Per dimensioni inferiori, fino a 4 postazioni, deve essere considerata la garanzia di adeguata assistenza dedicata, in relazione alla dotazione di personale infermieristico e di assistenza del Pronto Soccorso (v. Tabella 3).

Tabella 3 Dotazione organica minima OBI

<i>FIGURE PROFESSIONALI</i>	<i>FINO A 4 POSTAZIONI</i>	<i>DA 5 A 8 POSTAZIONI</i>	<i>DA 9 A 15 POSTAZIONI</i>
<i>MEDICO</i>	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	60 min/die per postazione	60 min/die per postazione
<i>INFERMIERE</i>	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	1 UNITÀ H 24	2 UNITÀ H 24
<i>OSS</i>	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ H 24

Il personale dell'OBI opera in maniera integrata e coordinata con il restante personale del Pronto Soccorso e, ove presente, della Medicina d'Urgenza, al fine di garantire la continuità assistenziale.

La tabella 3 non è inclusiva del fabbisogno di personale relativo ai posti letto di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Cod. disciplina 51) previsti dalla nuova Rete Ospedaliera approvata con DGR 463/C del 26 luglio 2021, ancora in corso di validazione da parte dei Ministeri affiancanti, che prevede nello specifico l'attivazione di posti letto di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (Cod. disciplina 51) in numero di 5 nel P.O. Mazzini di Teramo e di 8 posti letto nel P.O. Santo Spirito di Pescara.

Modelli Organizzativi: Bed Management

La funzione del *Bed Management*, declinata in un regolamento che ne evidenzia le modalità organizzative e le relative attività, 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 diagnostici-terapeutici. Tale funzione rappresenta un'espressione di integrazione professionale medico-infermieristica nell'ambito di un team i cui componenti devono possedere una conoscenza approfondita dell'ospedale e delle esigenze operative, al fine di garantire la massima integrazione tra i percorsi di urgenza e quelli programmati. Tale funzione deve essere garantita con continuità nell'arco dell'intera settimana e devono definire con specifico atto il responsabile e il sistema di relazioni formalizzate (con Direzione medica, PS, UO e Servizi dell'azienda, Distretto sanitario e case manager, se presente). Sono di seguito declinate le azioni per facilitare, governare e verificare il flusso dei ricoveri:

- Gestire la risorsa "posto letto" (verifica in tempo reale della disponibilità dei posti letto; indicazione dei tempi di ricovero, attraverso un sistema di relazione continuo con le UUOO);
- Gestire il piano delle dimissioni (verifica della programmazione delle dimissioni e della continuità delle stesse, organizzazione di un sistema di dimissioni verso altri setting assistenziali).
- Facilitare i ricoveri da Pronto Soccorso e i trasferimenti dalle Unità Operative.
- Monitorare la durata della degenza dei pazienti, in collaborazione con la Direzione sanitaria
- 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.

Il cruscotto per il monitoraggio dei posti letto già in uso in Regione sia per la gestione ordinaria che Covid (DGR 602/2017) e delle dimissioni in tempo reale dovrà interfacciarsi con il nuovo sistema informativo del Pronto Soccorso.

I dati di monitoraggio, pubblicati periodicamente on line, saranno visibili per le UO con l'obiettivo di promuovere una collaborazione tra tutte le strutture del presidio ospedaliero. Viene altresì individuata la funzione operativa di "Emergency manager", da assegnare a personale adeguatamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia ha l'obiettivo di ottimizzare la gestione del percorso di cura in emergenza-urgenza dei pazienti a11' interno delle varie aree del Pronto Soccorso, mediante le seguenti attività: -mantenere una visione integrata del percorso del paziente, al fine di garantire il completamento del percorso clinico nei tempi stabiliti (facilitare il percorso tra le varie aree del PS; ottimizzare i percorsi durante la diagnostica, consulenze, prescrizione terapeutica, programma di controllo e rivalutazione, in particolare per le patologie tempo-dipendenti); Y -facilitare le dimissioni a domicilio direttamente dal PS e l'inserimento dei pazienti in percorsi ambulatoriali aziendali; -supportare la risoluzione di criticità interne al PS e monitorare le aree di PS con frequenti criticità.