

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p align="center"><b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b></p>	<p align="center"><b>ASL BR</b></p>
--	--	-------------------------------------

## PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

<p align="center"><b>REDAZIONE</b></p>	<p><b>Dott. Massimo Leone</b> Direttore Dipartimento Emergenza – Urgenza ASL Brindisi Direttore 118 Brindisi</p> <p><b>Dott. Nicola Carlucci</b> Direttore UOC Medicina d’Emergenza-Urgenza PO “A. Perrino” di Brindisi</p> <p><b>Dott. Salvatore Pungente</b> Direttore UOC Medicina d’Emergenza-Urgenza PO “D. Camberlingo” di Francavilla Fontana</p> <p><b>Dott. Domenico Lorenzo Urso</b> Direttore UOC Medicina d’Emergenza-Urgenza PO di Ostuni</p> <p><b>Dott.ssa Eluisa Muscogiuri</b> Direttore UOC Radiodiagnostica PO “A. Perrino” di Brindisi</p> <p><b>Dott. Alessandro Anglani</b> Direttore UOC Radiodiagnostica PO “D. Camberlingo” di Francavilla F.</p> <p><b>Dott. Maurizio Portaluri</b> Direttore Dipartimento Onco-Ematologico, Radiodiagnostica e Radioterapia</p> <p><b>Dott. Pietro Gatti</b> Direttore Dipartimento Medico</p> <p><b>Dott. Giuseppe Manca</b> Direttore Dipartimento Chirurgico</p> <p><b>Dott. Angelo Santoro</b> Direttore Dipartimento Medicina di Laboratorio</p>
<p align="center"><b>VERIFICA</b></p>	<p><b>Dott.ssa Stefania Bello</b> Dirigente Medico - UOSD Gestione Rischio Clinico – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott. Gino Elia</b> Dirigente Medico - UOSD Gestione Rischio Clinico – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott. Giuseppe Lecce</b> Dirigente Medico - UOSD Gestione Rischio Clinico – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott.ssa Francesca Caputo</b> Dirigente Medico – Direzione Sanitaria – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott.ssa Serena Pennetta</b> Dirigente Medico – Direzione Sanitaria – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott.ssa Adelina Usai</b> Responsabile UOSD Coordinamento Dirigenza Professioni Sanitarie – ASL Brindisi</p>
<p align="center"><b>VALIDAZIONE</b></p>	<p><b>Collegio di Direzione</b></p>

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

<b>AUTORIZZAZIONE</b>	<b>Dott. Maurizio De Nuccio</b> Direttore Generale ASL Brindisi <b>Dott. Vincenzo Gigantelli</b> Direttore Sanitario ASL Brindisi <b>Avv. Loredana Carulli</b> Direttore Amministrativo ASL Brindisi
-----------------------	---

#### STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE REVISIONE	DATA
Versione 1.0			07/11/2023

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

## Sommario

Sommario.....	3
1. INTRODUZIONE.....	4
2. SCOPO E OBIETTIVI.....	4
3. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
4. COMPITI E RESPONSABILITÀ.....	5
5. DEFINIZIONI ED ACRONIMI.....	6
6. L'ANALISI DEL CONTESTO DELLA ASL BRINDISI.....	7
7. FATTORI RILEVANTI DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO.....	10
7.1 FATTORI DI INGRESSO (INPUT).....	10
7.2 FATTORI INTERNI (THROUGHPUT).....	11
7.3 FATTORI DI USCITA (OUTPUT).....	12
7.4 BED MANAGEMENT.....	13
8. MISURAZIONE E DEFINIZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO.....	14
8.1 LIVELLO NORMALE – AFFLUSSO ORDINARIO.....	17
8.2 LIVELLO 1 – SITUAZIONE DI ALTO AFFLUSSO O SOVRAFFOLLAMENTO (CROWDING).....	19
8.3 LIVELLO 2 – SITUAZIONE DI GRAVE SOVRAFFOLLAMENTO (OVERCROWDING).....	20
9. MONITORAGGIO.....	21
10. SEGNALAZIONE DI EVENTI SENTINELLA/EVENTI AVVERSI/NEAR MISS.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23
ALLEGATO 1 – PROCEDURA DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DI PAZIENTI AL PRONTO SOCCORSO.....	24
ALLEGATO 2 – MODULO DI ATTESTAZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO.....	25

 <p>ASL Brindisi PugliaSalute</p>	<p>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</p>	<p>ASL BR</p>
--	--	---------------

## 1. INTRODUZIONE

Il **Pronto Soccorso** è la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare, in regime di emergenza-urgenza, la stabilizzazione clinica, le procedure diagnostiche, le consulenze specialistiche, il ricovero ospedaliero e/o il trasferimento urgente di pazienti giunti con accesso diretto o con mezzi di soccorso del 118.

La **Mission** del Pronto Soccorso è quella di “garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati ed ottimali alle persone di ogni età che giungono in ospedale per problematiche di urgenza ed emergenza”.

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, umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si parla di **sovraffollamento (overcrowding)**. Tra le cause che determinano tale fenomeno, si considerano fattori in ingresso (**input**), fattori interni strutturali (**throughput**) e fattori di uscita (**output**).

Tali condizioni altamente favorevoli al sovraffollamento in Pronto Soccorso sono maggiormente riscontrabili in specifici periodi dell’anno (vedi picco influenzale, emergenze estive con picco per elevate temperature) in cui le richieste di salute rivolte all’Azienda sono più elevate, e ciò può determinare dei rallentamenti nei servizi di cura erogati a pazienti ugualmente importanti ma che non necessitano di cure immediate e salvavita, come la presa in carico dei pazienti in Pronto Soccorso a cui sono stati assegnati codici minori.

Vi si aggiunga come negli ultimi anni si sia assistito ad un progressivo incremento degli accessi in Pronto Soccorso in conseguenza di diversi fattori:

- un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali;
- il miglioramento delle cure con aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da pluripatologie, che con sempre maggiore frequenza necessitano dell’intervento del sistema d’emergenza-urgenza;
- il ruolo di rete di sicurezza svolto dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli.

Appare indispensabile, pertanto, che **ogni Azienda Ospedaliera o Sanitaria Locale adotti un Piano di Gestione del Sovraffollamento di Pronto Soccorso**, quale strumento di lavoro per tutti gli operatori sanitari, che consenta di parlare un linguaggio comune e condiviso e che stabilisca in modo chiaro le specifiche funzioni finalizzate alla più ottimale presa in carico e successiva gestione clinica di tutti i pazienti, riducendo il più possibile i disagi e i rallentamenti che ne possono conseguire.

## 2. SCOPO E OBIETTIVI

Il presente Piano nasce dall’esigenza di riorganizzare i percorsi di presa in carico e gestione clinica dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso della ASL Brindisi.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

Tale riorganizzazione viene declinata mediante i tre seguenti punti:

- ❖ definire l'organizzazione del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione dei Presidi Ospedalieri afferenti all'ASL Brindisi;
- ❖ definire i criteri adottati per la misurazione del sovraffollamento in Pronto Soccorso;
- ❖ definire le procedure di gestione ospedaliera ed extraospedaliera del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

### 3. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano si applica in tutte le UUOO di Medicina d'Emergenza-Urgenza della ASL Brindisi (PO "A. Perrino", PO "D. Camberlingo", PO di Ostuni) durante le fasi del percorso assistenziale nelle condizioni di sovraffollamento.

Esso è rivolto a tutti gli operatori coinvolti, a vario titolo, nell'assistenza ai pazienti che accedono alle UUOO di Medicina d'Emergenza-Urgenza.

### 4. COMPITI E RESPONSABILITÀ

La **Direzione Strategica**, per il tramite della UOSD Gestione del Rischio Clinico, provvede:

- a promuovere e diffondere il Piano alle Direzioni Mediche di Presidio;
- a monitorare eventuali eventi sentinella/eventi avversi/near miss.

Le **Direzioni Mediche** e il **Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza** provvedono:

- alla capillare diffusione del presente Piano;
- alla vigilanza della corretta applicazione delle misure contenute nel presente Piano;
- alla vigilanza della stesura dei report trimestrali e alla verifica dei dati in essi contenuti.

I **Direttori delle UUOCC MEU** provvedono:

- alla diffusione del presente Piano a tutto il personale operante nelle rispettive UU.OO.;
- al monitoraggio dell'effettiva applicazione del presente Piano;
- a promuovere corretti processi comunicativi tra i professionisti sanitari;
- alla corretta gestione ed organizzazione delle attività di competenza;
- alla corretta e completa compilazione della documentazione sanitaria;
- all'informazione e formazione continua del personale sanitario circa quanto previsto nel presente Piano;
- alla stesura dei report sull'attività clinico-assistenziale con cadenza trimestrale e all'indizione di audit;
- a segnalare eventuali eventi sentinella/eventi avversi/near miss alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

I **Dirigenti Medici** e il **personale sanitario** provvedono:

- all'applicazione del presente Piano;
- alla compilazione puntuale e completa della documentazione sanitaria;
- a segnalare eventuali eventi sentinella/eventi avversi/near miss alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio.

Attività \ Funzione	Dirigente Medico UOC MEU	Direzione Medica di Presidio/ Bed Management	Coordinatori Infermieristici reparti di area medica e chirurgica	Centrale Operativa 118
Presa in carico del pz, richiesta accertamenti diagnostico-strumentali e consulenze specialistiche	R			
Individuazione ed assegnazione della UO di ricovero	R	C	I	
Individuazione quotidiana PL per il PS	I	C	R	
Monitoraggio quotidiano e gestione dei PL per il PS	I	R		
Comunicazione al PS della disponibilità quotidiana dei PL	I	R		
Comunicazione alla DMPO/Bed Management del sovraffollamento	R	C		
Comunicazione alla DMPO/Bed Management e alla CO 118 del grave sovraffollamento	R	C		C

R= responsabile; C= collabora; I= informato

## 5. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

Il **Sovraffollamento (Overcrowding)** 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 professionali, logistiche e strumentali.

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. Si devono distinguere almeno due situazioni di iperafflusso:

- 1) presenza di massiccio afflusso di feriti e malati in occasioni di eventi imprevedibili che coinvolgono numerose persone;
- 2) situazioni di iperafflusso temporalmente delimitate, come nel caso di epidemie stagionali (picco influenzale, covid, emergenza caldo) oppure in alta stagione nelle località turistiche.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

Il **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.

- PO:** Presidio Ospedaliero;
- PS:** Pronto Soccorso;
- UOC:** Unità Operativa Complessa;
- UUOCC:** Unità Operative Complesse;
- UOSD:** Unità Operativa Semplice Dipartimentale;
- OBI:** Osservazione Breve Intensiva;
- MEU:** Medicina Emergenza-Urgenza;
- PL:** posti letto.

## 6. L'ANALISI DEL CONTESTO DELLA ASL BRINDISI

L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi si avvale di **tre strutture ospedaliere** inserite nel Sistema Territoriale per l'urgenza ed emergenza:

- PO “A. Perrino” di Brindisi, DEA di II livello - centro HUB;
- PO “D. Camberlingo” di Francavilla Fontana, DEA di I livello - centro SPOKE;
- PO Ostuni, Ospedale di Base - centro SPOKE.

Nell'ambito del Sistema Territoriale per l'Urgenza ed Emergenza il 118 Brindisi gestisce le fasi del **soccorso extra-ospedaliero** nel rispetto delle indicazioni contenute nei decreti regionali istitutivi delle Reti di Patologia. Ad eccezione di particolari situazioni (*e.g.* contemporaneità di emergenze, temporanea indisponibilità operativa dei mezzi di soccorso avanzati, gravi instabilità cliniche), il servizio di emergenza extra-ospedaliero indirizza prioritariamente le patologie tempo-dipendenti alle Unità di Cura HUB della rete ospedaliera. Quando questo non fosse attuabile, la Centrale Operativa 118 garantisce eventuale supporto al Presidio Ospedaliero Spoke per organizzare un'efficace e tempestivo trasferimento secondario precoce.

### Il Presidio Ospedaliero “A. Perrino” di Brindisi

Il PO “A. Perrino” di Brindisi è un DEA di II Livello con elisuperficie.

Il **numero di accessi** al Pronto Soccorso, per l'anno 2022, è stato pari a **45.055**, con la seguente suddivisione **per codice di priorità (codice colore)**:

- Rosso - 2.101 (4,66%);
- Arancione - 19.991 (44,37%);
- Azzurro - 7.780 (17,27%);
- Verde - 14.464 (32,10%);

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

- Bianco - 437 (0,97%).

**Accessi pediatrici con richiesta di consulenza specialistica: 5.445.**

**Accessi ginecologici con richiesta di consulenza specialistica: 4.111.**

PO "A. Perrino" Brindisi		
Posizione	Tipologia	valore percentile
18,25	5^ percentile	91
273,75	75^ percentile	137
332,15	91^ percentile	149
182,50	50^ percentile	123
Totale accessi anno 2022		45055

Gli aspetti strutturali del Pronto Soccorso del PO "A. Perrino" sono i seguenti:

- n. 3 sale barellati, per pazienti triagiati e in osservazione infermieristica;
- n. 30 barelle operative + n. 8 barelle in caso di iperafflusso;
- n. 3 sale visite (n. 1 codici rossi → shock room, n. 1 codici arancioni, n. 1 codici di bassa intensità – azzurri, verdi e bianchi);
- n. 3 ventilatori;
- n. 8 posti letto OBI.

### **Il Presidio Ospedaliero "D. Camberlingo" di Francavilla**

Il PO "D. Camberlingo" di Francavilla è un DEA di I Livello.

Il **numero di accessi** al Pronto Soccorso, per l'anno 2022, è stato pari a **21.015**, con la seguente suddivisione **per codice di priorità (codice colore):**

- Rosso - 149 (0,71%);
- Arancione - 1.507 (7,17%);
- Azzurro - 10.831 (51,54%);
- Verde - 8.283 (39,41%);
- Bianco - 193 (0,92%).

**Accessi pediatrici con richiesta di consulenza specialistica: 2.309.**

**Accessi ginecologici con richiesta di consulenza specialistica: 2.771.**

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

PO "D. Camberlingo" Francavilla F.		
Posizione	Tipologia	valore percentile
18,25	5^ percentile	40
273,75	75^ percentile	64
332,15	91^ percentile	73
182,50	50^ percentile	57
Totale accessi anno 2022		21015

Gli aspetti strutturali del Pronto Soccorso del PO "D. Camberlingo" di Francavilla sono i seguenti:

- n. 2 sale barellati, per pazienti triagiati e in osservazione infermieristica;
- n. 18 barelle operative + n. 1 barella in caso di iperafflusso;
- n. 3 sale visite (n. 1 codici rossi ed arancioni, n. 1 codici di bassa intensità – azzurri, verdi e bianchi, n. 1 sala medica);
- n. 2 ventilatori;
- n. 4 posti letto OBI.

### Il Presidio Ospedaliero di Ostuni

Il PO di Ostuni è un Ospedale di Base.

Il **numero di accessi** al Pronto Soccorso, per l'anno 2022, è stato pari a **6.798**, con la seguente suddivisione **per codice di priorità (codice colore)**:

- Rosso - 7 (0,10%);
- Arancione - 531 (7,81%);
- Azzurro - 2.298 (33,80%);
- Verde - 3.772 (55,59%);
- Bianco - 121 (1,78%).

**Accessi pediatrici con richiesta di consulenza specialistica: 0.**

**Accessi ginecologici con richiesta di consulenza specialistica: 0.**

PO Ostuni		
Posizione	Tipologia	valore percentile
16,95	5^ percentile	1
254,25	75^ percentile	32
308,49	91^ percentile	38
169,5	50^ percentile	24
Totale accessi anno 2022		6798

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p align="center"><b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b></p>	<p align="center"><b>ASL BR</b></p>
--	--	-------------------------------------

Gli aspetti strutturali del Pronto Soccorso del PO di Ostuni sono i seguenti:

- n. 1 sala barellati, per pazienti triaggiati e in osservazione infermieristica;
- n. 7 barelle operative + n. 1 barella in caso di iperafflusso;
- n. 2 sale visite (n. 1 codici rossi ed arancioni, n. 1 codici di bassa intensità – azzurri, verdi e bianchi);
- n. 2 ventilatori;
- n. 2 posti letto OBI.

## **7. FATTORI RILEVANTI DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO**

In riferimento ad uno dei più noti modelli di flusso del sistema di emergenza-urgenza (Aspil et al. 2003), si considerano fattori in ingresso (**input**), fattori interni strutturali (**throughput**) e fattori di uscita (**output**).

Il maggior contributo al sovraccarico del sistema Pronto Soccorso 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.

### **7.1 FATTORI DI INGRESSO (INPUT)**

I fattori di “input” sono determinati dall’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, oltre che dall’incremento degli accessi per patologie legate all’epidemiologia stagionale (es. epidemie influenzali, covid, ondate di calore).

Una quota di **accessi diretti in Pronto Soccorso** potrebbe 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** si possono considerare:

- le “condizioni suscettibili di trattamento ambulatoriale”, tra cui le principali patologie croniche;
- i “doppi accessi”;
- gli “accessi “impropri”, spesso correlati ad un non adeguato ricorso del paziente alle cure territoriali e/o ad un inappropriato funzionamento delle risorse territoriali;
- gli “accessi ripetuti” (frequent users).

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

1. realizzazione e rafforzamento dei servizi territoriali al fine di consentire di intercettare gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, che possono essere gestiti in sede extraospedaliera;

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p align="center"><b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b></p>	<p align="center"><b>ASL BR</b></p>
--	--	-------------------------------------

2. definizione di percorsi di “affidamento diretto” per la presa in carico da parte delle Unità Operative Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle stesse (e.g. pazienti oncologici, nefrologici, ematologici-supporto trasfusionale, urologici, ostetriche);
3. definizione di protocolli per l’identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei “frequent users”.

Per quanto concerne gli **accessi con mezzi di soccorso del 118**, previa valutazione e condivisione dei dati forniti dalla Centrale Operativa 118, la centralizzazione ospedaliera può essere modulata sulla base:

1. dei vigenti percorsi aziendali in materia di **reti delle patologie tempo-dipendenti** (ROSC, STEMI-NSTEMI, Ictus, Trauma Maggiore, Insufficienza Respiratoria);
2. della vigente **settorizzazione provinciale** (postazioni 118 territoriali di riferimento ai tre Presidi per acuti di Brindisi, Francavilla Fontana ed Ostuni);
3. di un eventuale **re-indirizzamento dei mezzi di soccorso**, a fronte della vigente settorizzazione provinciale, nel caso di temporaneo iperafflusso al Presidio Ospedaliero Hub (Brindisi) di pazienti a bassa-intermedia complessità che possono essere gestiti anche nei Presidi Ospedalieri Spoke (Francavilla Fontana ed Ostuni). Tale soluzione sarà adottata in caso di eventi di estrema gravità e coerentemente con la reale configurazione dei reparti attivi nei rispettivi ospedali aziendali.

## **7.2 FATTORI INTERNI (THROUGHPUT)**

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 (e.g. TAC). 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 ospedaliero di dover garantire ricoveri appropriati.

In un “sistema a domanda non programmata” come il Pronto Soccorso, il corretto bilanciamento della domanda con la reale capacità produttiva del servizio rappresenta la premessa per la fluidità del percorso assistenziale in emergenza-urgenza.

Gli sbilanciamenti possono essere ben tollerati dai sistemi se occasionali e di breve durata.

**I tempi per l’esecuzione di indagini diagnostiche (radiologiche e di laboratorio) e consulenze specialistiche**, nonché le relative fasi di attesa, **rappresentano le componenti più rilevanti del tempo complessivo di permanenza in Pronto Soccorso**. Pertanto, si rende necessario garantire la tempestiva esecuzione e refertazione delle consulenze e prestazioni diagnostiche, al fine di ridurre il tempo complessivo di stazionamento in Pronto Soccorso.

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 ai flussi giornalieri e stagionali.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

Di seguito si elencano le **principali azioni ordinarie** utili a contrastare i fattori interni di sovraffollamento del Pronto Soccorso. Tali azioni devono sempre tenere conto del grado di complessità clinica espressa dal paziente e del relativo grado di intensità assistenziale che la struttura è tenuta ad esprimere:

1. Attivazione del **Team di Valutazione Rapida (TVR)** per ridurre i tempi di “presa in carico” del paziente;
2. adozione dei percorsi di **Fast-Track** per prestazioni a bassa complessità;
3. adozione di procedure condivise per la gestione delle **consulenze specialistiche e delle indagini diagnostiche**;
4. adozione di **protocolli integrati (territorio-ospedale)** per la gestione di casi clinici specifici (*e.g.* dolore toracico, ictus...).

### 7.3 FATTORI DI USCITA (OUTPUT)

**La decisione di predisporre un ricovero ospedaliero urgente e la sua allocazione è prerogativa e responsabilità del Medico d’Urgenza che opera in Pronto Soccorso.**

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**”.

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**.

In presenza di **sovraffollamento (crowding)** del Pronto Soccorso è possibile intervenire con le seguenti **azioni ordinarie**:

1. adozione di un sistema in grado di rappresentare l’**effettiva situazione dei posti letto disponibili** o che si renderanno disponibili in tempi brevi;
2. 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 (cruscotto ricoveri);
3. attivazione di **letti straordinari** in area medica ed area chirurgica.

Sarà responsabilità di ciascuna UO di ricovero studiare modelli organizzativi interni, comprensivi anche di modelli di dimissione nel fine settimana/giorni festivi, da proporre alla Direzione Medica di Presidio per garantire la disponibilità quotidiana di posti letto per il PS.

Nelle more della predisposizione dei suddetti modelli organizzativi, la disponibilità va comunque comunicata obbligatoriamente e quotidianamente al Bed Management con tre rilevazioni al giorno (ore 9.00, ore 14.00, ore 20.00), unitamente al dato sul numero di bed-blockers presenti in

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

reparto, integrando il dato man mano che si rendessero disponibili nuovi PL durante il prosieguo della giornata.

In presenza di **grave sovraffollamento (overcrowding)** del Pronto Soccorso è possibile intervenire con le seguenti **azioni straordinarie**:

5. eventuale attivazione dell'**area di pre-ricovero (Admission Room)** dedicata ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria nelle more del blocco dei ricoveri programmati e back-transfer;
6. **blocco temporaneo dei ricoveri programmati**, o non urgenti, per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento;
7. adozione di specifiche procedure organizzative aziendali che garantiscano un eventuale **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.

#### 7.4 BED MANAGEMENT

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. Tale funzione costituisce una delle priorità organizzative per contrastare il fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso 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.

Rappresenta una **funzione della Direzione Aziendale**, tesa ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra reparti ospedalieri, la migliore logistica, i percorsi diagnostico-terapeutici e ~~basata sul~~ l'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.

**Il Bed Management garantisce con continuità, nell'arco dell'intera settimana, la risorsa "posto letto":**

- Verifica in tempo reale la disponibilità dei posti letto;
- Facilita i ricoveri da Pronto Soccorso ed i trasferimenti dalle UU.OO. ospedaliere;
- Facilita e supporta il sistema delle dimissioni ospedaliere, con particolare riferimento al setting assistenziale post-acuzie (Lungodegenza, Riabilitazione, Ospedali di Comunità ...);
- Predisporre un sistema di presa in carico precoce delle "dimissioni difficili" sin dal momento del ricovero.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

Il monitoraggio dei posti letto e delle dimissioni in tempo reale 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.

In caso di overcrowding, l'attivazione straordinaria della funzione operativa di **“facilitazione dell'attività di ricovero in emergenza-urgenza”**, presso la Direzione Medica del P.O., si affianca al bed management con la finalità di:

- ✓ Ottimizzare l'utilizzo della risorsa posto letto e facilitare il ricovero urgente da Pronto Soccorso, tenuto conto dell'effettiva situazione dei posti letto disponibili o liberi in tempo brevi;
- ✓ Garantire l'attuazione del piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

## 8. MISURAZIONE E DEFINIZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

**La gestione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso non rappresenta un onere del solo Pronto Soccorso, bensì dell'intero sistema ospedaliero.**

Per programmare le azioni atte ad assicurare un'adeguata gestione del sovraffollamento è necessario attuare **un modello di previsione anticipata dei picchi di accesso ai PS**. L'analisi delle serie storiche di accessi consente, infatti, di individuare gli andamenti che si replicano nel tempo: circadiani, settimanali, stagionali etc. Attraverso la rilevazione giornaliera del numero di accessi, è possibile evidenziare il trend temporale e quindi prevedere con anticipo l'insorgere del livello di afflusso critico sino ad individuare il momento di superamento dell'equilibrio domanda/capacità.

Per quanto detto, quindi, elementi fondamentali del Piano per la Gestione del Sovraffollamento 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 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:

- **Statici:**
  - ✓ Numero di posti letto/barelle/box realmente presidiati in PS;
  - ✓ Numero posti letto dell'ospedale a cui si può accedere;
- **Dinamici di impegno di sistema:**

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

- ✓ Numero complessivo di pazienti in carico al PS per il calcolo del 75° e 91° percentile;
- ✓ Numero di pazienti critici in carico in PS;
- ✓ Numero di pazienti in attesa di ricovero;
- ✓ Numero di 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.

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. I sistemi più validati in letteratura sono: NEDOCS, CEDOCS e SONET. Tra i sistemi più validati in Letteratura, si ritiene opportuna l’adozione per tutti i PS del NEDOCS, ovvero il National Emergency Department Overcrowding Study, strumento ideato nel 2004 dall’Academy of Emergency Medicine per individuare, attraverso un valore numerico, dunque oggettivo, il sovraffollamento all’interno del Pronto Soccorso.

Il NEDOCS si compone dei seguenti Item:

- numero dei letti di PS (OBI+ altri letti, se presenti);
- numero letti dell’ospedale;
- numero totale dei pazienti in PS (OBI+ altri letti+ barelle nei corridoi + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione + pazienti in attesa di triage);
- numero di utenti ventilati con respiratore in PS;
- tempo di attesa massimo per il ricovero (in ore);
- numero totale utenti in attesa di ricovero;
- tempo di attesa massimo da triage.

Il raggiungimento delle **soglie di affollamento (75° percentile degli accessi) o di grave affollamento (91° percentile)**, tenuto conto della disponibilità dei box di osservazione disponibili in PS, comporterà azioni di risposta in relazione ad attivazione di risorse aggiuntive per il Pronto Soccorso, adeguamento del sistema ospedale ed interventi sulla rete dei servizi.

Oltre alla definizione di indicatori e soglie di criticità, è necessario adottare **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. Le strategie di risposta possono essere classificate in relazione al livello di criticità dell’affollamento e all’aspetto su cui intervengono (input, throughput, output).

Pertanto, si definiscono i seguenti **livelli di afflusso ordinario e sovraffollamento in Pronto Soccorso**:

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

**✚ Livello normale - afflusso ordinario:**

- situazione di afflusso **inferiore al 75° percentile** degli accessi complessivi calcolato per ciascun Pronto Soccorso;
- **“gestione ordinaria” del Pronto Soccorso** in relazione alla disponibilità dei **box di osservazione**:
  - ✓ **PS Brindisi** - meno di 20 pazienti, su 30 box disponibili, presenti nelle tre (3) sale barellati e meno di 2 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Francavilla** - meno di 12 pazienti, su 18 box disponibili, presenti nelle due (2) sale barellati e meno di 2 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Ostuni** - meno di 5 pazienti, su 7 box disponibili, presenti nella sala (1) barellati e meno di 2 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;

**✚ Livello 1 – situazione di alto afflusso o sovraffollamento (crowding):**

- situazione di afflusso **superiore al 75° percentile** degli accessi complessivi calcolato per ciascun Pronto Soccorso;
- **“gestione critica” del Pronto Soccorso** in relazione alla disponibilità dei **box di osservazione**:
  - ✓ **PS Brindisi** - più di 20 e meno di 30 pazienti, su 30 box disponibili, presenti nelle tre (3) sale barellati e meno di 4 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Francavilla** – più di 12 e meno di 18 pazienti, su 18 box disponibili, presenti nelle due (2) sale barellati e meno di 3 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Ostuni** - più di 5 e meno di 7 pazienti, su 7 box disponibili, presenti nella sala (1) barellati e meno di 3 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;

**✚ Livello 2 – situazione di grave sovraffollamento (overcrowding):**

- situazione di afflusso **superiore al 91° percentile** degli accessi complessivi calcolato per ciascun Pronto Soccorso;
- **“gestione saturo” del Pronto Soccorso** in relazione alla disponibilità dei **box di osservazione**:
  - ✓ **PS Brindisi** - più di 30 pazienti, su 30 box disponibili, presenti nelle tre (3) sale barellati e meno di 6 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Francavilla** – più di 18 pazienti, su 18 box disponibili, presenti nelle due (2) sale barellati e meno di 4 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Ostuni** - più di 7 pazienti, su 7 box disponibili, presenti nella sala (1) barellati e meno di 4 pazienti senza posto letto da più di 24 ore.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

## 8.1 LIVELLO NORMALE – AFFLUSSO ORDINARIO

In presenza dei seguenti criteri:

- situazione di afflusso **inferiore al 75° percentile** degli accessi complessivi calcolato per ciascun Pronto Soccorso;
- **“gestione ordinaria” del Pronto Soccorso** in relazione alla disponibilità dei **box di osservazione**:
  - ✓ **PS Brindisi** - meno di 20 pazienti, su 30 box disponibili, presenti nelle tre (3) sale barellati e meno di 2 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Francavilla** - meno di 12 pazienti, su 18 box disponibili, presenti nelle due (2) sale barellati e meno di 2 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Ostuni** - meno di 5 pazienti, su 7 box disponibili, presenti nella sala (1) barellati e meno di 2 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;

le azioni da attuare, o predisporre in anticipo rispetto ad un prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza, sono rappresentate da:

### ➤ **FATTORI INTERNI (THROUGHPUT)**

#### 1. Attivazione del Team di Valutazione Rapida (TVR)

Presso il Pronto Soccorso di Brindisi riveste un ruolo fondamentale ed innovativo l’integrazione funzionale del vigente Triage con il **Team di Valutazione Rapida (TVR)**, composto da medici ed infermieri. Nell’ambito di tale Team di Valutazione Rapida il medico riveste il ruolo di “Emergency Manager”.

Tale funzione ha l’obiettivo di ottimizzare la presa in carico del paziente e la gestione del percorso di cura in emergenza-urgenza all’interno delle varie aree del Pronto Soccorso, mediante le seguenti attività:

- **presa in carico** e visita medica del paziente, nel più breve tempo possibile, con **riduzione del tempo “arrivo in PS – presa in carico”** registrato sul Sistema Edotto;
- **osservazione “pro-attiva”** ed eventuale trattamento dei pazienti nella fase di stand-by in Pronto Soccorso, con inserimento delle prestazioni effettuate su Edotto;
- **visione integrata del percorso del paziente all’interno del Pronto Soccorso**, al fine di garantire il completamento del percorso diagnostico e clinico, con particolare riferimento ai tempi di attesa e permanenza del paziente in Pronto Soccorso;
- **facilitazione del percorso di dimissioni a domicilio** direttamente dal Pronto Soccorso;
- **eventuale supporto** nella gestione sia degli accessi diretti, con particolare riferimento ai percorsi a complessità clinica bassa/intermedia che degli accessi con mezzi del 118 Brindisi, anche al fine di ridurre i tempi di sbarellamento;
- **eventuale supporto** alla risoluzione di criticità interne al Pronto Soccorso mediante l’individuazione delle limitazioni al flusso dei pazienti nel Pronto Soccorso.

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p align="center"><b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b></p>	<p align="center"><b>ASL BR</b></p>
--	--	-------------------------------------

Il Team di Valutazione Rapida (TVR), fatto specifico riferimento per il Pronto Soccorso del PO “A. Perrino” di Brindisi, viene attivato sulla base delle risorse di personale ed è costituito da un’unità medica ed un’unità infermieristica in servizio presso il medesimo PS che affianca, nelle funzioni sopra declinate, i medici in turno.

## **2. Attivazione dei percorsi di Fast-Track**

Il Fast-track si fonda sul principio del trattamento rapido presso un’area specialistica dedicata, secondo criteri predefiniti, di pazienti con competenza mono-specialistica ed a bassa complessità. Tali percorsi prevedono, dopo l’attività di triage, l’invio diretto all’U.O. interessata da parte del personale del Pronto Soccorso e dimissione diretta da parte del medico di reparto che ha effettuato la visita specialistica (fatte salve eventuali indicazioni a ricovero o richiesta di altre prestazioni specialistiche).

L’attivazione mirata dei percorsi di Fast-Track (visita ginecologica, oculistica, ortopedica, pediatrica, ORL) ha l’**obiettivo principale di ridurre i tempi di attesa in Pronto Soccorso**, con percorsi per le urgenze dedicati a specifiche patologie/gruppi di pazienti mediante l’accesso diretto e modalità di collegamento e gestione concordata con l’U.O. di riferimento specialistico.

Per gli aspetti procedurali del Fast Track si rimanda ad apposita procedura, da approvarsi con atto deliberativo.

## **3. Gestione delle consulenze e prestazioni diagnostiche**

La **gestione delle consulenze specialistiche** riveste un ruolo cruciale nel ridurre una delle componenti più rilevanti del tempo complessivo di permanenza in Pronto Soccorso. Le consulenze, di norma, devono rispettare i seguenti **criteri organizzativi e funzionali**:

- a. Devono essere espletate **in sede di Pronto Soccorso**. Eventuali eccezioni devono essere preventivamente definite e motivate, senza determinare un ritardo nella gestione clinico-assistenziale dei pazienti;
- b. devono essere **tempestive e mirate al quesito diagnostico-terapeutico** evidenziato dal medico d’urgenza ovvero alla patologia prevalente che ha determinato l’accesso in Pronto Soccorso;
- c. devono essere **coerenti al regime di pre-ricovero** nella eventuale prescrizione di esami diagnostici ritenuti strettamente necessari, qualora non predisposti dal medico del Pronto Soccorso;
- d. **Non sono vincolanti ai fini dell’esito del percorso diagnostico-terapeutico**, atteso che il ricovero urgente è disposto esclusivamente dal medico in servizio presso il Pronto Soccorso;
- e. **Devono essere inserite su Edotto** (non sono ammesse consulenze specialistiche in formato cartaceo né tantomeno la loro consegna al paziente), anche al fine di ridurre il rischio di abbandono del paziente in corso di cure, dopo la specifica consulenza e prima della chiusura della prestazione di Pronto Soccorso.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

Sulla base dei criteri sopra-elencati e del codice di gravità, i medici specialisti dei reparti interessati hanno l'obbligo di garantire le consulenze nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 2 ore dalla richiesta del medico in servizio presso il Pronto Soccorso.

La **gestione delle prestazioni diagnostiche**, con particolare riferimento agli esami di laboratorio e di radiodiagnostica, deve essere garantita nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 2 ore dalla richiesta del medico in servizio presso il Pronto Soccorso, al fine di ridurre i tempi di stazionamento ed il numero di pazienti in Pronto Soccorso.

#### ➤ **FATTORI DI USCITA (OUTPUT)**

1. I reparti comunicano obbligatoriamente e quotidianamente al Bed Management/Direzione Medica di Presidio con tre rilevazioni al giorno (ore 9.00, ore 14.00, ore 20.00), l'**effettiva situazione dei posti letto disponibili** o che si renderanno disponibili in tempi brevi;
2. Viene garantito un **numero preordinato di posti letto**, di area medica e chirurgica, **quotidianamente a disposizione del Pronto Soccorso**, almeno il 10% dei posti disponibili, al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio.

### **8.2 LIVELLO 1 – SITUAZIONE DI ALTO AFFLUSSO O SOVRAFFOLLAMENTO (CROWDING)**

In presenza dei seguenti criteri:

- situazione di afflusso **superiore al 75° percentile** degli accessi complessivi calcolato per ciascun Pronto Soccorso;
- **“gestione critica” del Pronto Soccorso** in relazione alla disponibilità dei **box di osservazione**:
  - ✓ **PS Brindisi** - più di 20 e meno di 30 pazienti, su 30 box disponibili, presenti nelle tre (3) sale barellati e meno di 4 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Francavilla** – più di 12 e meno di 18 pazienti, su 18 box disponibili, presenti nelle due (2) sale barellati e meno di 3 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Ostuni** - più di 5 e meno di 7 pazienti, su 7 box disponibili, presenti nella sala (1) barellati e meno di 3 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;

**il medico del Pronto Soccorso allerta la Direzione Medica del P.O./Bed Management per attuare le seguenti azioni:**

#### ➤ **FATTORI DI INGRESSO (INPUT)**

Adozione di percorsi per le urgenze dedicati a specifiche patologie/gruppi di pazienti (oncologico, nefrologico, ostetrico-ginecologico, pediatrico ...), mediante l'accesso diretto presso l'U.O. di riferimento specialistico.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

Tali percorsi dedicati saranno attivati, a breve termine, con apposita procedura e validazione aziendale (atto deliberativo).

➤ **FATTORI INTERNI (THROUGHPUT)**

1. Nelle fasce notturne e nei festivi deve essere contattato il personale medico e/o infermieristico di Pronto Soccorso reperibile;
2. Potenziamento del personale medico ed infermieristico presso il Pronto Soccorso con risorse disponibili in ambito dipartimentale (Dipartimento di Emergenza-Urgenza);
3. Adozione di strategie che favoriscano risposte prioritarie e tempestive a supporto del Pronto Soccorso, con particolare riferimento alle attività di consulenza e diagnostica (laboratorio e radiodiagnostica).

➤ **FATTORI DI USCITA (OUTPUT)**

1. Attivazione della stanza/area di ricovero (**Admission Room**), area dell'ospedale dedicata ai pazienti in fase di pre-ricovero, sulla base delle indicazioni emanate dalla Direzione Medica con procedura interna dedicata.

### 8.3 LIVELLO 2 – SITUAZIONE DI GRAVE SOVRAFFOLLAMENTO (OVERCROWDING)

In presenza dei seguenti criteri:

- situazione di afflusso **superiore al 91° percentile** degli accessi complessivi calcolato per ciascun Pronto Soccorso;
- **“gestione satura” del Pronto Soccorso** in relazione alla disponibilità dei **box di osservazione**:
  - ✓ **PS Brindisi** - più di 30 pazienti, su 30 box disponibili, presenti nelle tre (3) sale barellati e meno di 6 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Francavilla** – più di 18 pazienti, su 18 box disponibili, presenti nelle due (2) sale barellati e meno di 4 pazienti senza posto letto da più di 24 ore;
  - ✓ **PS Ostuni** - più di 7 pazienti, su 7 box disponibili, presenti nella sala (1) barellati e meno di 4 pazienti senza posto letto da più di 24 ore.

**il medico del Pronto Soccorso allerta la Direzione Medica del P.O./Bed Management e la Centrale Operativa 118 per attuare le seguenti azioni:**

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

➤ **FATTORI DI INGRESSO (INPUT)**

Eventuale re-indirizzamento dei mezzi di soccorso, a fronte della vigente settorizzazione provinciale, nel caso di temporaneo iperafflusso al Presidio Ospedaliero Hub (Brindisi) di pazienti a bassa-intermedia complessità che possono essere gestiti anche nei Presidi Ospedalieri Spoke (Francavilla Fontana ed Ostuni). La Centrale Operativa 118 adotterà tale soluzione in caso di eventi di estrema gravità e coerentemente con la reale configurazione dei reparti attivi nei rispettivi ospedali.

➤ **FATTORI INTERNI (THROUGHPUT)**

1. Nelle fasce notturne e nei festivi deve essere contattato il personale medico e/o infermieristico di Pronto Soccorso reperibile;
2. Potenziamento del personale medico ed infermieristico presso il Pronto Soccorso con risorse disponibili in ambito dipartimentale (Dipartimento di Emergenza-Urgenza);
3. Riduzione temporanea delle attività programmate a favore di consulenze ed esami diagnostici richiesti dal Pronto Soccorso, sulla base delle indicazioni fornite dalla Direzione Medica di Presidio.

➤ **FATTORI DI USCITA (OUTPUT)**

1. Attivazione di **letti straordinari** in area medica ed area chirurgica;
2. **Blocco temporaneo dei ricoveri programmati**, o non urgenti, per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento;
3. Attivazione del **ricovero diretto in altro presidio ospedaliero** (Back Transfer), previa verifica della disponibilità del posto letto e senza interferire con l'attività di accettazione del Pronto Soccorso ricevente.

## 9. MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio dell'applicazione del presente Piano sono in capo ai Direttori delle UUOCC MEU (Pronto Soccorso) di ciascun Presidio Ospedaliero.

Tali attività prevedono l'analisi dei flussi su Edotto con una periodicità almeno trimestrale, suscettibile di variazione in funzione degli esiti dei reporting e/o delle criticità riscontrate.

I Direttori delle UUOCC MEU provvederanno, previa riunione con un referente della Direzione Medica di Presidio, all'invio dei suddetti report al Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza, alla Direzione Medica di Presidio e alla Direzione Sanitaria Aziendale, con cadenza almeno trimestrale.

Nel corso della suddetta riunione verranno prese in esame le risultanze della rendicontazione, verranno esaminate eventuali criticità organizzative e verranno proposte eventuali azioni di miglioramento.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

La rendicontazione sarà redatta sulla base dei seguenti indicatori di monitoraggio:

INDICATORE	TIPOLOGIA
<b>N. giorni/anno con superamento del 91° percentile degli accessi</b>	Esito
<b>N. giorni/anno con superamento del 75° percentile degli accessi</b>	Esito
<b>N. di pz ricoverati entro 12 ore/die</b>	Appropriatezza
<b>N. di pz ricoverati entro 24 ore/die</b>	Appropriatezza
<b>N. dei ricoveri in Area Medica /die</b>	Esito
<b>Disponibilità dei PL per PS rispetto a quella prevista per singolo reparto (in %)</b>	Appropriatezza
<b>N. dei ricoveri/die "in appoggio" (in extra-locazione)</b>	Esito

Le risultanze emerse nella fase di monitoraggio sono oggetto di attività di analisi collegiale, indetta dai Direttori delle UUOCC MEU e tutte le altre UUOCC interessate, con cadenza trimestrale o con cadenza più ravvicinata in funzione di eventuali criticità rilevate nel corso dell'attività clinico-assistenziale. Nel corso di tale audit si dovranno identificare, proporre e adottare le conseguenti azioni di miglioramento.

La Direzione Medica di Presidio vigila sulla stesura del report trimestrale e verifica i dati in esso contenuti. Essa, inoltre, potrà avviare controlli sulle cartelle cliniche delle UUOCC, scelte a campione, in funzione delle eventuali criticità riscontrate sulla base del report.

## 10. SEGNALAZIONE DI EVENTI SENTINELLA/EVENTI AVVERSI/NEAR MISS

Per gli adempimenti in materia di segnalazione degli incidenti, eventi sentinella/eventi avversi/near miss agli organismi preposti (Ministero della Salute e UOSD Gestione Rischio Clinico) si rimanda al "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella" del Ministero della Salute, 2009 e alla Procedura Aziendale "Procedura per la segnalazione degli eventi sentinella, eventi avversi, near miss" approvata con Delibera n. 1327 del 30.05.2023.

Il professionista sanitario coinvolto, o che ne sia venuto a conoscenza, dovrà segnalare alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio ogni **evento avverso/near miss** mediante apposita scheda disponibile sul sito aziendale (alla pagina della UOSD Gestione del Rischio Clinico) al seguente link

<https://www.sanita.puglia.it/documents/36031/176506023/scheda+segnalazione+incident+reporting+aggiornata.pdf/464caac9-e10e-426a-a32a-1a8671bd89be>

In particolare qualora si verifichi un **evento sentinella** (evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente), la citata scheda di segnalazione dovrà essere inviata, nel più breve tempo possibile, alla UOSD Gestione del Rischio Clinico

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

e alla Direzione Medica di Presidio, congiuntamente ad una **relazione dettagliata sull'evento**. Onde rendere acquisibile il maggior numero delle informazioni utili vi si può allegare **copia della documentazione sanitaria disponibile** (anche non contestualmente alla scheda di segnalazione e alla dettagliata relazione, tanto al solo fine di garantire la tempistica più celere possibile di segnalazione dell'evento).

La UOSD Gestione del Rischio Clinico, dopo aver verificato la completezza e la congruità delle informazioni riportate sia nella scheda di segnalazione che nella relazione dettagliata, o anche dopo aver chiesto integrazione di informazioni/dati alla UO segnalante, analizza preliminarmente tutte le informazioni necessarie relative all'evento e provvede alla segnalazione dell'evento sentinella al Ministero della Salute mediante inserimento della scheda A nel Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) come da Decreto Ministeriale dell'11.12.2009.

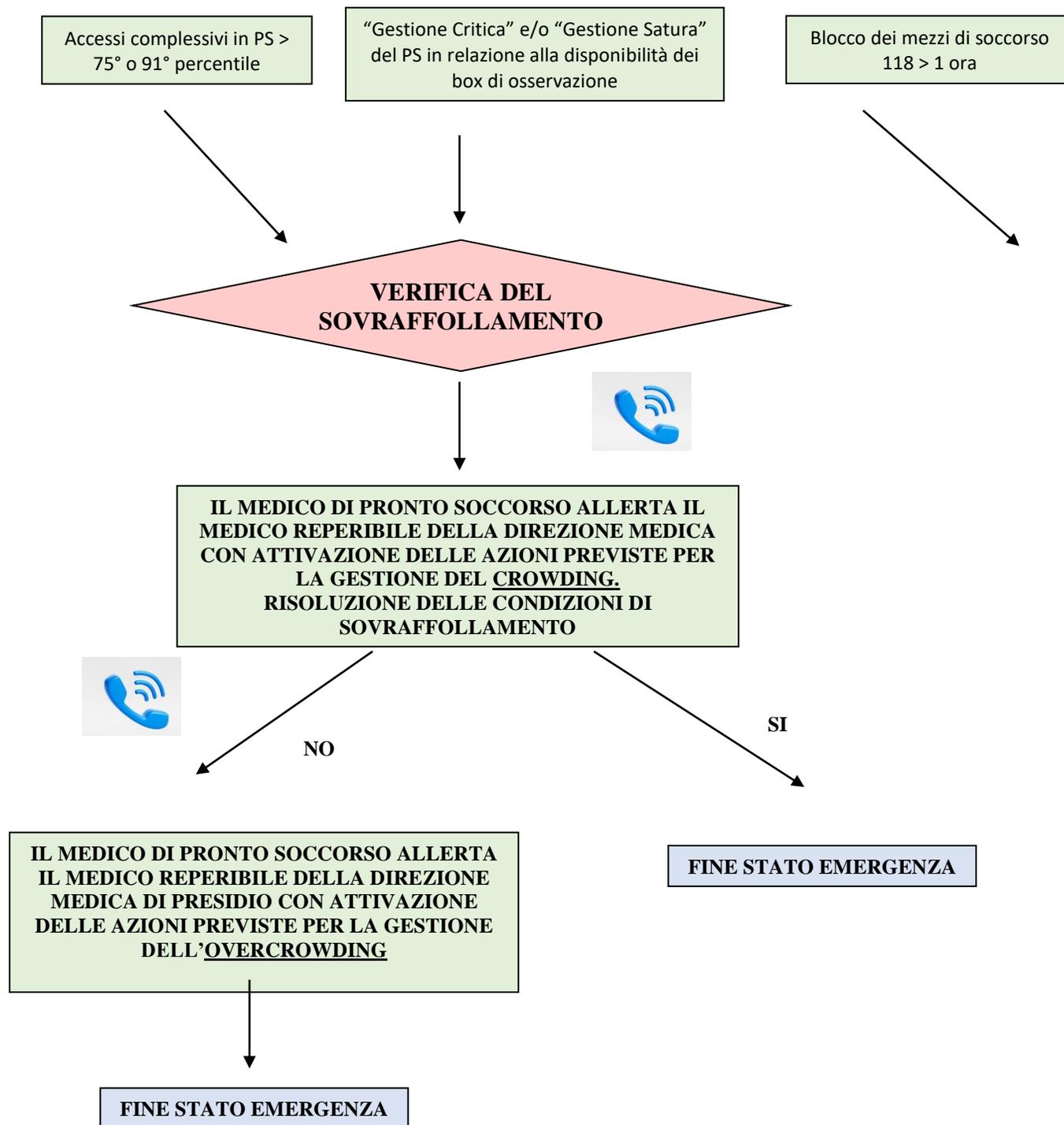
Si riportano alcuni esempi di eventi sentinella che potrebbero interessare le attività in esame:

- morte o grave danno conseguente ad atti di violenza a danno degli operatori (vedasi raccomandazione n. 8);
- eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali (Raccomandazione Ministeriale n. 9);
- morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto intraospedaliero (Raccomandazione Ministeriale n. 11);
- morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage in pronto soccorso (vedasi raccomandazione n. 15);
- ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Linee di indirizzo Nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso. Ministero della Salute, agosto 2019.
2. Aspin BR, Magrid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. Ann Emerg Med. 2003 Aug; 42(2): 173-80.
3. Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). ACAD EMERG MED d January 2004, Vol. 11, No. 1 d; www.aemj.org
4. Evaluating community ED crowding: the Community ED Overcrowding Scale study. American Journal of Emergency Medicine 32 (2014) 1357–1363
5. Use of the SONET Score to Evaluate High Volume Emergency Department Overcrowding: A Prospective Derivation and Validation Study. Emergency Medicine International; Volume 2015, Article ID 401757, 11 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/401757>
6. Policy Statement SIMEU: sovraffollamento dei Pronto Soccorso; approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale in data 07 novembre 2015

**ALLEGATO 1 – PROCEDURA DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DI PAZIENTI AL PRONTO SOCCORSO**



 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

**ALLEGATO 2 – MODULO DI ATTESTAZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO**

A. Medico di Pronto Soccorso richiedente \_\_\_\_\_

B. Motivo della richiesta:

- Accessi complessivi >75° percentile;
- Accessi complessivi >91° percentile;
- “Gestione Critica” del Pronto Soccorso in relazione alla disponibilità dei box di osservazione;
- “Gestione Saturata” del Pronto Soccorso in relazione alla disponibilità dei box di osservazione;
- Blocco dei mezzi di soccorso 118 > 1 ora.

C. Professionista intervenuto

Nome e Cognome	Afferenza	Ingresso	Uscita

Data e ora \_\_\_\_\_

**Il Dirigente Medico di Pronto Soccorso**

\_\_\_\_\_