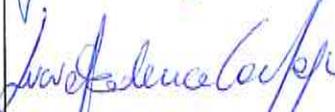


 Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII	<b>PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI          LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI          SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO          SOCCORSO</b>	<b>PSGPLASPS          Rev. 00</b>
<b>REGIONE PUGLIA</b>  AZIENDA OSPEDALIERO- UNIVERSITARIA  CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI	<b>COPIA CONTROLLATA: <input checked="" type="checkbox"/> SI n.° 1 <input type="checkbox"/> No</b>	<b>Pag 1 di 25</b>

Rev	Data di emissione	Modifiche	Redazione	Firma
00	12/07/2019	Prima emissione	Dott. Maurizio Marra Dirigente Medico di Direzione Sanitaria  Prof. Alessandro Dell'Erba Direttore U.O.S.I. Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente  Dott. Vito Procacci Direttore U.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza  Dott.ssa Fiorenza Zotti Dirigente Biologo, U.O.S.I. Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente  Dott.ssa Lucia Federica Carpagnano Medico Chirurgo in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva c/o Direzione Sanitaria	    
			<b>Approvazione</b>	
			DS	
			Verifica	
			DS	



Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII

## PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO

PSGPLASPS  
Rev. 00  
Pag 2 di 25

### INDICE

1.Scopo e Campo di applicazione	pag. 3
1.1 Premessa	pag. 3
1.2 Obiettivi e campo di applicazione	pag. 4
2.Riferimenti normativi	pag. 6
3.Termini e Definizioni	pag. 8
4.Responsabilità	pag. 9
5.Pianificazione	pag. 10
5.1 Bed Manager	pag. 10
6.Attività Operativa	pag. 11
6.1 Iter di Pronto Soccorso	pag. 11
6.2 Il <i>Triage</i>	pag. 12
6.3 Nucleo Assistenziale Avanzato	pag. 14
6.4 Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)	pag. 14
6.5 Criteri di non ammissione in O.B.I.	pag. 15
6.6 Osservazione Semintensiva	pag. 16
6.7 Indicatori di sovraffollamento	pag. 16
6.8 Predisposizione Piani di Gestione del Sovraffollamento	pag. 18
7.Verifica dei processi e delle prestazioni	pag. 21
8. Azioni di miglioramento	pag. 22
Allegato 1	pag. 24
Allegato 2	pag. 25



## 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

### 1.1 Premessa

I servizi di Pronto Soccorso (PS) sono il cardine del sistema della emergenza-urgenza, e non solo. Essi garantiscono accesso alle cure secondo criteri di priorità, equità, efficienza ed efficacia, attraverso risposte adeguate ai bisogni urgenti e non programmati di salute dei cittadini che vi afferiscono in modo non preordinato, con esigenze e necessità diverse.

Costituisce pertanto inequivoca criticità il realizzarsi di condizioni di sovraffollamento, ovvero di mancata corrispondenza tra il numero dei pazienti presenti e/o la disponibilità di postazioni e/o le capacità assistenziali del personale, limitando la risposta e la qualità del servizio.

Questo fenomeno è definito a livello internazionale “*overcrowding* o *crowding*” e costituisce un evento diffuso in ogni parte del mondo, con un progressivo aggravamento negli ultimi 20 anni.

Come si è detto, tale condizione si realizza quando vi è discrepanza tra “domanda” (aumento degli accessi al Pronto Soccorso) e “offerta” (capacità di assorbimento del sistema emergenza-urgenza), tal che evidentemente due sono le variabili sulle quali necessariamente intervenire al fine di razionalizzare e migliorare la capacità del sistema.

Sotto il profilo della “domanda” numerosi fattori possono concorrere:

- incremento della popolazione generale e in età avanzata;
- limitata attività di filtro da parte dei servizi di assistenza territoriale, anche per ingiustificati atteggiamenti di cosiddetta “medicina difensiva”;
- incremento delle cronicità difficilmente gestite sul territorio;
- stagionalità di condizioni morbose.

Sotto il profilo dell’offerta, invece, le variabili che incidono possono essere identificate in:

- inadeguata strutturazione degli accessi, in termini sia logistici che di personale;
- mancato assorbimento da parte delle strutture ricettive, ospedaliere ed extraospedaliere;
- mancata/carente appropriatezza nelle disposizioni di ricovero;
- ingiustificati atteggiamenti di “medicina difensiva” da parte degli operatori di Pronto Soccorso.

Il sovraffollamento è, quindi, un evento multifattoriale, che è descritto e affrontato secondo un modello centrato su tre fasi assistenziali del paziente:

- “*INPUT*” - Accesso dei pazienti al pronto soccorso: autonomo, servizio 118, ambulanze private, Forze dell’Ordine;
- “*THROUGHPUT*” - Gestione del paziente in pronto soccorso: triage e/o Nucleo Assistenziale Avanzato, visita medica, valutazione diagnostica, trattamento, osservazione;
- “*OUTPUT*” - Esito delle attività di pronto soccorso: dimissione, ricovero, trasferimento ad altra struttura.

Facendo riferimento al suddetto modello di flusso del sistema di emergenza basato su 3 macrofasi (*Asplin et al 2003*), è stato ampiamente dimostrato che il maggior 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.

Si è già detto che tra i fattori di "*input*" l'incidenza maggiore è da ascrivere all'incremento degli accessi per patologie legate all'epidemiologia stagionale (es. epidemie influenzali e ondate di calore), ovvero anche i fattori contingenti non prevedibili e non programmabili.

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. 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 per i quali vi è indicazione: questo fenomeno è noto anche con il termine di "*boarding*" (pazienti in coda, in attesa di ricovero) ed è il fattore che, in termini generali, ha il maggior "peso" nel determinare il sovraffollamento in PS.

La condizione di sovraffollamento altera in modo rilevante la qualità del servizio erogato in Pronto Soccorso determinando:

- limitazione nell'accesso alle cure con peggioramento di prestazioni ed esiti;
- insoddisfazione dei pazienti della qualità delle cure;
- interferenza nella tempestività delle cure e incremento dei reali o potenziali eventi avversi/sentinella;
- prolungamento dei tempi complessivi di permanenza in ospedale con incremento dei costi complessivi;
- potenziale incremento del contenzioso medico-legale, con i relativi costi;
- problematiche di *turn-over* e *burn out* dei professionisti.

Il sovraffollamento è, dunque, un problema prioritario e assai frequente: impatta negativamente sulla qualità reale e percepita dell'offerta sanitaria, sia in termini di sicurezza e qualità di cure erogate ai pazienti che di benessere psicofisico degli operatori.

Esso deve essere considerato una criticità organizzativa non solo del PS ma dell'intera Azienda Ospedaliera.

### 1.2 Obiettivi e campo di applicazione

La presente procedura nasce dall'esigenza di identificare e adottare una strategia organizzativa finalizzata alla gestione del sovraffollamento di pazienti in PS.

L'obiettivo è quello di definire un percorso condiviso di *governance* complessiva che, partendo dalla razionale modellizzazione del PS ed attraverso la definizione di procedure interne allo stesso, consenta di



Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII

**PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI  
LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI  
SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO  
SOCCORSO**

**PSGPLASPS**

**Rev. 00**

**Pag 5 di 25**

snellire ed ottimizzare i tempi nelle fasi di “processo” e di “uscita” del paziente dal sistema di emergenza-urgenza, garantendo un efficace e tempestivo percorso di cura e di ricovero. Il tutto nell’ottica propria di condivisione e nel rispetto delle esigenze di una Azienda Ospedaliero-Universitaria, a forte vocazione didattica, quale è il Policlinico di Bari.

La presente procedura si applica al Pronto Soccorso e a tutte le UU.OO. con posti letto di degenza ordinaria dell’A.O.U. Policlinico di Bari.



Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII

## PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO

PSGPLASPS  
Rev. 00  
Pag 6 di 25

### 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- **Decreto Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.** "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri". (GU Serie Generale n.104 del 23-04-1969 - Suppl. Ordinario);
- **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;**
- **Decreto Presidente della Repubblica 27 marzo 1992** "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza". (G.U. n. 76 del 31/3/92 - Serie Generale);
- **Atto di intesa tra Stato e Regioni** di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992", Ministero della Sanità, Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del **17 maggio 1996**;
- **Accordo 25 ottobre 2001.** 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 gravita' all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria". (GU Serie Generale n.285 del 07-12-2001);
- **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;
- 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;
- **Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008,** "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza". (G.U. Serie Generale , n. 9 del 13 gennaio 2009);
- **Progetto Mattoni SSN,** Pronto Soccorso e Sistema 118, Ministero della Salute;
- **Legge del 7 agosto 2012, n. 135.** (GU Serie Generale n.189 del 14-08-2012 - Suppl. Ordinario n. 173);
- "Standard organizzativi delle Strutture di Emergenza – Urgenza", FIMEUC. Marzo 2012;
- **Documento di proposta di aggiornamento delle linee guida sul triage intraospedaliero** (Accordo Stato-Regioni 25 ottobre 2001), Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio V;
- **Linee Guida Triage,** Agenas Monitor, n. 29, 2012;
- **Accordo ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 28 agosto 1997, n.281,** tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale". Rep. Atti n. 36/CSR del **7 febbraio 2013**;
- Ministero della Salute, **Raccomandazione n. 15,** febbraio 2013 "*Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso*";
- Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo **Patto per la Salute per gli anni 2014-2016.** Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014;
- **Decreto Ministeriale n.70 del 2/4/2015** "Regolamento recante definizione degli standard strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". (GURI n. 127 del 4/6/2015);



**PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO**

**Art.1, comma 5, lettera d)** “[...] assicurare la massima flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell’urgenza e dell’emergenza”;

**Art. 1, comma 5, lettera l)** “adeguare la rete dell’emergenza – urgenza[...]anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto per ricovero nelle situazioni ordinarie in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso ....”;

**Art. 1, comma 5, lettera m)** “[...] tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo 10 dell’Allegato I, individua le regole di integrazione dell’ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati”;

**All. 1 punto 3.1** Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull’indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni;

- **Policy Statement SIMEU:** sovraffollamento dei Pronto Soccorso; approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale in data 07 novembre 2015;
- **Conferenza Stato-Regioni del 07/09/2016:** Intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).(SALUTE) Intesa, ai sensi dell’articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289;
- **D.G.R. Puglia 30/11/2016, n. 1933.** D.M. n. 70/2015 e Legge di Stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza – urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014. Allegato B;
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 Gennaio 2017,** “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)”. (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15);
- **Regolamento Regionale Puglia, 10 marzo 2017, n.7.** “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n.14/2015”;
- **“Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna”.** D.G.R. Regione Emilia Romagna, del 17 novembre 2017 n. 1827;
- **Regolamento Regionale Puglia, 19 febbraio 2018, n. 3.** “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n.7/2017;
- **Proposta di Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano** sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo Nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva”, “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso” del 28/05/2019.

 Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII	<b>PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI  LETTI AZIENDALI IN CONDIZIONI DI  SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO  SOCCORSO</b>	<b>PSGPLASPS</b> Rev. 00 Pag 8 di 25
--	---	--

### 3. TERMINI E DEFINIZIONI

ABBREVIAZIONE	DESCRIZIONE
PA	Procedura Aziendale
UO/UU.OO.	Unità Operativa/Unità Operative
AOU	Azienda Ospedaliero Universitaria
PS	Pronto Soccorso
OBI	Osservazione Breve Intensiva
NEDOCS	National Emergency Department Over Crowding Study
BOARDING	Permanenza in Pronto Soccorso in attesa di posto letto, per un periodo di tempo superiore alle 6-8 ore, di pazienti per i quali è stata appurata la necessità di ricovero.
OVERCROWDING	Sovraffollamento in Pronto Soccorso.
INPUT	Processi che influenzano il sovraffollamento del PS che stanno a monte del PS stesso: crisi delle cure primarie, accesso filtrato dalla periferia, reti assistenziali, utilizzo inappropriato del PS, accesso mediato da convenzione e altro.
THROUGHPUT	Produttività, capacità di trattamento; riguarda i processi interni e propri del PS che possono determinare rallentamenti dei percorsi assistenziali ed essere essi stessi causa di overcrowding (incremento delle procedure interne, ritardo nei tempi di erogazione/refertazione delle prestazioni, esigenze di conseguire stabilità clinica, maggiore complessità delle cure, mancato supporto organizzativo, mancanza di procedure aziendali o interaziendali, scarso controllo sul rispetto delle procedure esistenti, tecnologia insufficiente).
OUTPUT	Processi relativi alla dimissione dal PS (assenza di strutture di riferimento e continuità assistenziale sul territorio) o al ricovero in ospedale per indisponibilità di posto letto ( <i>Access Block</i> ).
PUSHING	Attività volte a forzare l' <i>access block</i> con procedure specifiche che esitano nel ricovero in soprannumero.
PULLING	Attività della Direzione Strategica miranti a favorire il massimo <i>turnover</i> dei degenti dai reparti e ad intercettare i "colli di bottiglia" responsabili dell'allungamento della degenza.



#### 4. RESPONSABILITÀ

Le figure coinvolte nella procedura articolano le proprie azioni secondo la seguente matrice delle responsabilità.

<i>Attività</i> \ <i>Responsabile</i>	<i>Direttore PS</i>	<i>Dirigente Medico PS</i>	<i>Direttore UO di destinazione</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Dirigente Medico UO di destinazione</i>	<i>Bed manager</i>	<i>Personale infermieristico</i>
<i>Applicazione del Processo</i>	<i>C</i>		<i>C</i>	<i>R</i>			
<i>Revisione del Processo</i>				<i>R</i>			
<i>Comunicazione posti letto disponibili</i>		<i>C</i>	<i>R</i>		<i>R</i>	<i>C</i>	
<i>Verifica disponibilità posti letto</i>	<i>R</i>	<i>R</i>		<i>C</i>		<i>R</i>	<i>C</i>
<i>Attivazione procedura</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>C</i>
<i>Comunicazione Attivazione procedura</i>	<i>C</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>R</i>	
<i>Proposta ricovero in sovrannumero</i>		<i>R</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	
<i>Pulling</i>		<i>R</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	
<i>Invio del paziente all'UO di destinazione</i>		<i>R</i>			<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
<i>Attivazione posti letto aggiuntivi con risorse mediche e infermieristiche dedicate</i>	<i>R</i>			<i>C</i>		<i>C</i>	<i>R</i>

\* Il monitoraggio della corretta applicazione del processo viene effettuato dalle diverse figure coinvolte nel processo.

**R** = Responsabile    **C** = Coinvolto

 Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII	<b>PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI  LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI  SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO  SOCCORSO</b>	<b>PSGPLASPS</b> Rev. 00 Pag 10 di 25
--	---	---

## 5. PIANIFICAZIONE

La *governance* complessiva della risorsa posto letto rappresenta elemento organizzativo-gestionale strategico a livello aziendale realizzabile con l'istituzione della figura di *Bed Manager*, al fine di garantire risposta appropriata alle esigenze di ricovero urgente in una logica di rete integrata.

### 5.1 Bed Manager

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

La funzione di *Bed Management* sarà svolta, con mandato della Direzione Sanitaria, in una prima fase "pilota" da due Dirigenti Medici afferenti alla U.O. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, supervisionati dal Dirigente Medico della Direzione Sanitaria Responsabile dell'Area Emergenza-Urgenza e, in una seconda fase, da un'Equipe integrata Medico-Infermieristica.

Il *Bed Manager*, espressione di integrazione professionale medico-infermieristica, deve, in relazione all'analisi del flusso dei pazienti, del fabbisogno medio giornaliero di ricoveri urgenti da PS e di quanto riportato nel presente documento, assicurare, nei tempi stabiliti, il ricovero da PS nei reparti di degenza, verificando frequentemente il reale stato di occupazione dei posti letto e monitorando le dimissioni giornaliere.

Le attività svolte dal *Bed Manager* sono le seguenti:

- Monitoraggio accessi tramite ambulanza;
- Verifica disponibilità giornaliera posti letto sulla base del programmato;
- Raccolta del fabbisogno e delle richieste specifiche da parte dei medici di PS/OBI;
- Verifica delle disponibilità presenti/previste durante la giornata;
- Reportistica quotidiana dei letti dati/dovuti e dei letti non utilizzati;
- Reportistica mensile;
- Segnalazione ai reparti di particolari richieste;
- Monitoraggio delle dimissioni ospedaliere e segnalazione alla Direzione Sanitaria di eventuali criticità rilevate;
- Monitoraggio dei percorsi di pazienti "*frequent user*", anziani fragili e socialmente difficili.

L'attività di *Bed Management* deve quindi essere strettamente connessa con le funzioni deputate alla gestione delle dimissioni dei pazienti e dei trasferimenti interospedalieri nel contesto territoriale, nonché dei trasferimenti verso strutture di riabilitazione e lungodegenza.

È pertanto opportuno, ai sensi della normativa vigente in materia, ottimizzare l'utilizzo dei posti letto di degenza ordinaria con soluzioni organizzative specifiche e condivise con tutti gli stakeholder che ne migliorino la flessibilità.



È infine necessario monitorare indicatori relativi alla gestione dei posti letto (occupazione, degenze medie DRG specifiche, durata media della degenza preoperatoria, ricoveri inappropriati, ecc.).

## 6. ATTIVITÀ OPERATIVA

Al fine della corretta gestione del sovraffollamento in PS si ritiene indispensabile l'adozione di una strategia operativa con:

- 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 PS.

### 6.1 Iter di Pronto Soccorso

L'iter di Pronto Soccorso si configura come il percorso successivo all'accoglienza del paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici, fino alla definizione dell'esito, e pertanto prevede:

- Definizione e formalizzazione percorsi interni al PS;
- Rilevazione dei tempi medi di attesa per tipologia di pazienti;
- Rilevazione tempi medi per svolgimento attività di consulenza e strumentali;
- Ammissione in OBI;
- Ricovero presso Unità di degenza dell'Azienda;
- Trasferimento presso altra struttura;
- Invio a domicilio con affidamento a strutture territoriali prevedendo, se necessario, *follow-up* presso strutture ambulatoriali;

Per una corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che accedono al PS, e ai fini del monitoraggio nazionale previsto (Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008, flusso EMUR), è necessario considerare i seguenti intervalli temporali, nonché i tempi massimi di riferimento, in aderenza alle linee guida ministeriali e a quanto evidenziato nella letteratura internazionale.

Tempi da rilevare	
T0	Presenza in carico al Triage o Nucleo Assistenziale Avanzato
T1	Inizio del Percorso Diagnostico-Assistenziale
T2	Inizio della Prestazione Medica
T3	Esito della Prestazione di Pronto Soccorso
T4	Inizio dell'Osservazione Breve Intensiva
T5	Termine dell'Osservazione Breve Intensiva

**T0 – T1:** Presa in carico al Triage, Inizio del percorso diagnostico assistenziale per codice di priorità;

**T0 – T3:** tempo massimo 8 ore;

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*

 <p>Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII</p>	<p align="center"><b>PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO</b></p>	<p align="center"><b>PSGPLASPS</b> Rev. 00 Pag 12 di 25</p>
--	--	---

**T0 – T5:** tempo massimo 36 ore per OBI.

## 6.2 Il Triage

Il *Triage*, quale primo momento di accoglienza dei pazienti in PS, è una funzione infermieristica volta all'identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso al trattamento.

La funzione di *Triage* deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore con l'obiettivo di:

- Identificare necessità di cure immediate e garantire tempestivo avvio al trattamento;
- Attribuire codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità del paziente e al possibile rischio evolutivo;
- Sorvegliare i pazienti in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni cliniche;
- Gestire e modificare le priorità clinico-terapeutico-assistenziali sulla base prioritaria delle esigenze del paziente e quindi di risorse, contesti e necessità contingenti;
- Garantire adeguata e continua presa in carico dei pazienti in attesa.

Il processo di Triage si articola in 4 fasi:

1. Fase della Valutazione Immediata: rapida osservazione del paziente con individuazione di eventuali necessità immediate;
2. Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva: effettuata attraverso anamnesi mirata e rilevazione segni clinici e dei parametri vitali, con analisi documentazione clinica disponibile;
3. Fase della Decisione di *Triage*: assegnazione del codice di priorità con attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali;
4. Fase della Rivalutazione: conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.

L'inizio del Triage deve essere garantito di norma entro 5 minuti a tutti coloro che accedono al Pronto Soccorso.

L'A.O.U. Policlinico di Bari, alla luce della "*Proposta di Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo Nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva", "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" del 28/05/2019*", implementerà il nuovo modello di codifica a 5 codici numerici di priorità per ciascuno dei quali è indicato anche il tempo massimo di attesa per l'accesso all'area di trattamento.

In ottemperanza a quanto previsto dalle linee guida ministeriali, la **Rivalutazione del codice di priorità assegnato** rappresenta fase imprescindibile del processo di *Triage* e deve essere effettuata nelle modalità riportate nella sottostante Tabella.

 Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII	<b>PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI  LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI  SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO  SOCCORSO</b>	<b>PSGPLASPS</b> Rev. 00 Pag 13 di 25
--	---	---

**Triage: Nuova codifica di priorità, tempi di attesa, modalità e tempi di rivalutazione.**

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa per accesso alle aree di trattamento	Modalità di Rivalutazione
1	<b>Emergenza</b>	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	<b>Accesso Immediato</b>	Nessuna Rivalutazione
2	<b>Urgenza</b>	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	<b>Accesso entro 15 minuti</b>	Osservazione diretta o video-mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	<b>Urgenza Differibile</b>	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	<b>Accesso entro 60 minuti</b>	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A giudizio dell'infermiere di <i>triage</i></li> <li>• A richiesta del paziente</li> <li>• Una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato</li> </ul>
4	<b>Urgenza Minore</b>	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici mono-specialistiche	<b>Accesso entro 120 minuti</b>	
5	<b>Non Urgenza</b>	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	<b>Accesso entro 240 minuti</b>	



### **6.3- Nucleo Assistenziale Avanzato**

Il Nucleo Assistenziale Avanzato è una struttura organizzativa di accoglienza assolutamente innovativa progettata e sperimentata in Puglia per la prima volta (Pronto Soccorso Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari) e successivamente estesa a numerose realtà italiane. Si tratta di un servizio avanzato di accoglienza integrata medico – infermieristica in cui operano generalmente un Medico, chiamato Team Leader, e una equipe di tre infermieri. Un infermiere opera in una consolle di accoglienza e cura soprattutto gli aspetti socio-relazionali di utenti e accompagnatori che giungono in sala d'attesa. Detto infermiere esercita anche una selezione registrando gli utenti con il codice 3-4-5 e avviandoli alla specifica area di trattamento dove vengono trattati in ordine di arrivo. Gli utenti che l'infermiere di accoglienza giudica eleggibili a codice 2 sono accompagnati nella seconda area del nucleo dove vengono registrati e valutati in maniera integrata e contemporanea dal secondo infermiere dell'equipe e dal Medico Team Leader. Quest'ultimo avvia il percorso diagnostico terapeutico e può decidere di proseguire il trattamento fino alla dimissione del paziente o assegnare insindacabilmente il paziente ad altre aree di trattamento. In questo modo il primo contatto medico dei codici 2 viene anticipato già all'atto della accettazione del paziente con codice 2, con conseguente notevole riduzione dei tempi di attesa di detti pazienti.

**Gli utenti con codice 1, nella maggior parte dei casi condotti dal servizio 118, accedono direttamente in sala rossa con tempi di attesa pari a 0.**

### **6.4 Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)**

L'Osservazione Breve Intensiva costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali.

Se necessario, dunque, l'iter di PS, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, può esitare nell'invio del paziente in O.B.I. Questa fase, caratterizzata da alta intensità assistenziale, viene erogata in un arco temporale definito e limitato e dunque deve avere durata non inferiore alle 6 ore e non può superare le 36 ore totali dalla presa in carico al triage in PS.

Il trattamento in OBI può a sua volta esitare in:

- Ricovero presso Unità di degenza della Struttura Ospedaliera (che inizia dall'ora di dimissione dell'OBI);
- Dimissione con affidamento alle Strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario *follow-up* presso strutture ambulatoriali dell'Azienda.
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti.

Le funzioni dell'O.B.I. si realizzano in :

- Osservazione clinica;
- Terapia a breve termine di patologie a complessità moderata;



## PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO

- Possibilità di approfondimento diagnostico-terapeutico finalizzato al ricovero appropriato o alla dimissione.

La permanenza del paziente in O.B.I. è documentata da una *scheda specifica* contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi e l'esito, che deve essere integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso.

### 6.5 Criteri di non ammissione in O.B.I.

Non costituiscono criteri di ammissione in O.B.I.:

- Instabilità dei parametri vitali;
- Rischio infettivo;
- Agitazione psicomotoria con comportamenti lesivi per sé o per gli altri;
- Condizioni che richiedono ricovero in urgenza;
- Ricoveri programmati;
- Tutte le attività e/o prestazioni erogabili in altre modalità assistenziali (ambulatorio, DH).

L'O.B.I. non deve essere utilizzata come supporto per la gestione di:

- Ricoveri programmati;
- Attività eseguibili in regime ambulatoriale o di *day hospital*;
- Carenza di posti letto in altre UU.OO., in attesa del ricovero del paziente;
- Pazienti già destinati a dimissione dopo la valutazione in PS.

Le indicazioni relative ai criteri di inclusione e di esclusione per la gestione dei pazienti in O.B.I. sono illustrate nelle Tabelle A e B del documento "Linee di indirizzo sull'Osservazione Breve Intensiva- O.B.I." (Proposta di Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 28/05/2019), in cui per ogni quadro clinico sono riportati, in ordine alfabetico, i relativi codici ICD-9 CM, il rationale e le prestazioni più appropriate.

L'O.B.I., pertanto, in un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di posti letto per acuti, può offrire un *setting* assistenziale alternativo al ricovero tradizionale, garantendo:

- Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate ai pazienti;
- Maggiore sicurezza ed efficacia del lavoro del PS;
- Maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti all'ospedale;
- Il più razionale utilizzo delle risorse con effetti positivi sulla efficienza e l'efficacia complessiva del sistema di erogazione di questo segmento di cure.

L'attività dell'O.B.I., nelle more dell'implementazione del *flusso EMUR* con i dati ad essa relativi, sarà oggetto di monitoraggio a livello aziendale, al fine valutarne le variabili di *performance* e di utilizzo.



### 6.6-Osservazione Semintensiva

Detta area è, invece, un'area dedicata al trattamento prolungato di pazienti critici, per un tempo massimo di 72 ore.

La finalità perseguita è la stabilizzazione completa in condizioni di sicurezza del paziente, prima del ricovero in reparto di degenza o della dimissione.

### 6.7 Indicatori di Sovraffollamento

Le modalità di misurazione del fenomeno devono basarsi su un set di indicatori statici e dinamici di seguito elencati.

**1. Indicatori statici:**

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

**2. 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)

**3. 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)

Nelle more dell'implementazione del sistema informatico necessario, la rilevazione di tali indicatori deve poter essere effettuata in modo puntuale e in tempo reale (h 24): pertanto urge che i programmi informatici di PS dispongano di queste opzioni e, ove non previste, se ne preveda l'implementazione.

Un ulteriore sviluppo è rappresentato dal calcolo di specifici algoritmi matematici che, tenendo conto delle stesse variabili, siano in grado di monitorare 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 un'accuratezza variabile a seconda del setting di applicazione.

In riferimento a recenti risultati di metanalisi e dati di letteratura scientifica a riguardo, si propone l'adozione del Sistema *NEDOCS* attraverso il quale si identificano, in base allo score ottenuto, tre diversi livelli di sovraffollamento.

Per la corretta rilevazione degli scores del *NEDOCS* si fa riferimento alla seguente formula:

$$\text{SCORE } \underline{\text{NEDOCS}} = 85.5(C/A) + 600(F/B) + 13.4(D) + 0.93(E) + 5.64(G) - 20$$

In cui:

- A. N° di posti (letti/barelle/box) presidiati in PS
- B. N° di posti letto in Ospedale (con accesso da PS)
- C. N° di pazienti in carico in PS
- D. N° di pazienti critici in PS \*
- E. Tempo attesa massimo per il ricovero
- F. Tempo attesa massimo per la prima visita
- G. N° di pazienti in attesa di ricovero

\*I criteri adottati per definire la criticità del paziente sono stabiliti in condivisione con la DS, il PS e l'Ufficio Informatico.

L'A.O.U. Policlinico di Bari adegua il sistema informatico in essere affinché esso sia in grado di rilevare regolarmente e costantemente gli indicatori del *NEDOCS*.

Gli indicatori puntuali finora descritti, rilevati in modo continuativo, correlano con alcuni indicatori complessivi che andranno invece rilevati 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);
- % 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 pazienti a rischio, undertriage, rientri entro 48h, eventi legati all'uso di farmaci, ecc.).



### 6.8 Predisposizione Piani di Gestione del Sovraffollamento

Le strategie di risposta del sistema sono commisurate al livello di criticità dell'affollamento del PS, calcolato in base allo score *NEDOCS*.

Si identificano le seguenti condizioni:

- PS non affollato (score < 100);
- PS affollato (score 100-140);
- PS gravemente affollato (score > 140).

In relazione a quanto sopra, è necessario che i Direttori e i Dirigenti Medici di UU.OO. di ricovero e di PS, con il coordinamento e la supervisione del *Bed Manager*, si attengano alle seguenti disposizioni.

➤ **PRONTO SOCCORSO NON AFFOLLATO (score < 100)**

Rigorosa pianificazione dei ricoveri programmabili, tenendo presente l'assoluta necessità di garantire posti letto per i ricoveri non differibili disposti dal Pronto Soccorso, nella seguente misura:

U.O. di Area Medica	<b>RISERVA P.P.LL. MINIMA GIORNALIERA</b> (calcolata sul Trend giornaliero ricoveri da PS per area Medica)
Cardiologia Univ.	1
Malattie Apparato Respiratorio Univ.	1
Cardiologia Ospedaliera	1
Malattie Apparato Respiratorio Ospedaliera	1
Neurologia Univ. "Amaducci"	1
Neurologia Univ. "Puca"	1
Psichiatria Univ.	2
Neuropsichiatria Infantile Univ.	1
Neurologia Ospedaliera	1
Medicina Interna Univ. "Frugoni"	2
Medicina Interna Univ. "Murri"	2
Medicina Interna Univ. "Bacelli"	2
Reumatologia / Dermatologia e Venereologia Univ.	2
Endocrinologia Univ.	1

 Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII	<b>PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI  LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI  SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO  SOCCORSO</b>	<b>PSGPLASPS</b> Rev. 00 Pag 19 di 25
--	---	---

Ematologia Univ.*	1
Oncologia Medica Univ.	1
Malattie Infettive Univ.	2
Gastroenterologia Univ.	2
Nefrologia Univ.	2
Medicina Interna Ospedaliera	2
<b>Totale</b>	<b>29</b>

U.O. di Area Chirurgica	RISERVA PP.LL. MINIMA GIORNALIERA (calcolata sul Trend giornaliero ricoveri da PS per area Chirurgica)
Chirurgia Toracica Univ.	1
Chirurgia Vascolare Univ.	1
Cardiochirurgia Univ.	1
Ortopedia e Traumatologia Univ.	1
Otorinolaringoiatria Univ.	1
Neurochirurgia Univ.	1
Chirurgia Generale Univ. "Rubino"	1
Chirurgia Generale Univ. "Marinaccio" / Chirurgia Endocrina, Digestiva e d'Urgenza	1
Urologia I Univ.	1
Chirurgia Generale Ospedaliera / Chirurgia Videolaparoscopica e d'Urgenza	1
Chirurgia Generale Univ. "Bonomo"	1
Urologia II Univ.	1
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Univ. / Centro Ustioni	1
<b>Totale</b>	<b>13</b>

Tale suddivisione, che porta ad una riserva di 29 posti letto totali per Area Medica e 13 posti letto per Area Chirurgica, è stata calcolata rispetto agli afflussi medi giornalieri e potrà essere ricalcolata in base ad eventuali modificazioni dei flussi di ricovero.



La metodologia del calcolo del fabbisogno di posti letto e attribuzione della disponibilità virtuale garantibile per ogni U.O. del Dipartimento/Area specialistica è riportata in Allegato 2.

Si ricorda l'obbligo da parte dei Direttori UU.OO., anche tramite il Coordinatore Infermieristico, e in sua assenza da parte dell'Infermiere più anziano in turno, di comunicare tre volte al giorno al *Bed Manager*, al PS/OBI e alla Direzione Sanitaria, la disponibilità di posti letto.

Nel caso in cui la disponibilità dei posti letto uomini o donne non sia proporzionale alle richieste di ricovero per sesso, è richiesto all'U.O. di mettere in atto tutti i possibili meccanismi per soddisfare le esigenze, anche con spostamenti di pazienti nelle stanze di degenza.

Ogni variazione di disponibilità di posti letto che si verifichi nelle ore successive dell'intera giornata deve essere comunicata telefonicamente e, nel rispetto del principio di trasparenza, anche a mezzo mail alle figure preposte su menzionate.

Prima di inviare il paziente nella U.O. di degenza, i Dirigenti Medici di Pronto Soccorso avranno cura di darne comunicazione telefonica ai Dirigenti Medici dell'U.O. di degenza.

Si potrà rispondere positivamente alla richiesta di posto letto per pazienti provenienti da altri nosocomi, solo dopo aver soddisfatto la domanda interna, anche relativa a precedenti condizioni di sovraffollamento delle UU.OO.

➤ **PRONTO SOCCORSO AFFOLLATO (100 < score < 140)**

Qualora, nonostante quanto sopra, si dovesse verificare carenza di posti letto all'interno dell'A.O.U. Policlinico di Bari, il medico di PS provvederà alla verifica della disponibilità di posto letto nelle strutture ospedaliere pubbliche e in quelle private accreditate competenti per il caso clinico.

Nel caso in cui anche questa ricerca si rivelasse infruttuosa, scatteranno le procedure di gestione del paziente in assenza di posto letto, che prevedono:

- a) l'utilizzo di posti letto destinati all'attività di *Day Hospital* dell'area di appartenenza, laddove presenti in prossimità dell'area di degenza, nonché il ricorso a un posto letto aggiunto (*bis*) compatibilmente alle situazioni logistiche assistenziali;
- b) in caso di ulteriore non disponibilità di posti letto, si provvederà in questi casi ad "appoggiare" i pazienti in altre UU.OO., rispettando la suddivisione tra area medica e area chirurgica ed intensità assistenziale, e scegliendo le UU.OO. più vicine alla U.O. di pertinenza.
- c) In ogni caso dovrà preferirsi il trasferimento dei pazienti "stabili" rispetto a quelli appena pervenuti dal Pronto Soccorso.

Nel caso di paziente in appoggio, il consulente competente dovrà impostare il percorso diagnostico e la terapia del caso facendosi carico di riassorbire nella propria U.O. il paziente entro 24 ore.

L'assistenza infermieristica sarà a carico dell'U.O. ospitante.

 Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII	<b>PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI  LETTI AZIENDALI IN CONDIZIONI DI  SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO  SOCCORSO</b>	<b>PSGPLASPS</b> Rev. 00 Pag 21 di 25
--	---	---

Al paziente verrà proposto ricovero presso l'U.O. competente in posto letto in sovrannumero con sottoscrizione di apposito modulo di consenso informato (Allegato 1).

➤ **PRONTO SOCCORSO GRAVEMENTE AFFOLLATO (score > 140)**

Nei casi di affollamento critico del PS dovrà essere prevista anche la possibilità di attivazione estemporanea di posti letto aggiuntivi all'interno del Padiglione delle Emergenze, con personale assistenziale dedicato per le situazioni di criticità.

Si dovrà inoltre procedere al "blocco" temporaneo dei ricoveri programmati, o non urgenti, per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento.

Sarà cura di tutte le UU.OO. evitare il ricorso al ricovero ospedaliero, se non secondo le modalità autorizzate e le disposizioni vigenti.

Si ribadisce inoltre l'obbligo da parte dei Direttori di UU.OO. di dare priorità, oltre che ai pazienti in emergenza, rispetto ai ricoveri programmabili, all'accoglienza presso la propria U.O. di pazienti eventualmente:

- trasferiti dalla U.O. Anestesia e Rianimazione, UTIR, UTIC;
- "appoggiati" in altra U.O., se pertinenti alla U.O. accettante.

I Direttori delle UU.OO. sono tenuti a rispettare il regolamento in vigore in ordine alla tenuta e all'esercizio della lista di attesa per i ricoveri in elezione.

L'A.O.U. Policlinico di Bari, in quanto DEA di II livello e quindi Ospedale di riferimento regionale, è tenuto ad accettare le emergenze urgenze; solo in caso di assoluta non disponibilità di posto letto viene attivata la ricerca di posto letto presso altri Ospedali.

## 7.VERIFICA DEI PROCESSI E DELLE PRESTAZIONI

I processi devono essere verificati a cadenza periodica dagli Uffici preposti (Controllo di Gestione, U.S.E., Direzione Sanitaria), ciascuno per le rispettive competenze.

I documenti dovranno essere sottoposti in prima fase ogni sei mesi e quindi a revisione almeno ogni 12 mesi e comunque ogni qualvolta una modifica/integrazione organizzativa, gestionale o normativa lo richieda. Ogni documento revisionato abroga automaticamente la versione precedente del documento stesso.

Farà parte della modalità operativa l'individuazione di indicatori di processo e di risultato.

 Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII	<b>PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI  LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI  SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO  SOCCORSO</b>	<b>PSGPLASPS</b> Rev. 00 Pag 22 di 25
--	---	---

Indicatore di Processo	Valore Atteso
Tempo di degenza media dei ricoveri ordinari	< 7 / 9 giorni
Rispetto della riserva posti letto garantita da ciascuna U.O. al PS (6.8)	80%

Indicatore di Esito	Valore Atteso
LOS ("length of stay" –tempo di permanenza totale in PS)	< 8 ore alternativamente < 36 ore (ammissione in O.B.I.) < 72 ore (ammissione in Osservazione Semintensiva)

## 8. AZIONI DI MIGLIORAMENTO

In ottemperanza a quanto previsto dalle Linee Guida Ministeriali di riferimento, questa Direzione Sanitaria si pone l'obiettivo di implementare le azioni di miglioramento di seguito elencate, al fine di adeguare la rete dell'emergenza-urgenza aziendale agli standard nazionali.

### 1) Riorganizzazione del personale sanitario medico e infermieristico con:

- istituzione della Reperibilità medica per il potenziamento delle Unità presenti in PS e attivazione del medico "flussista";
- implementazione della reperibilità infermieristica.

### 2) Istituzione *Bed Management*;

### 3) Attivazione Protocolli *FastTrack* per prestazioni a bassa complessità;

### 4) Adozione di protocolli per la gestione di casi clinici specifici, in condivisione con le UU.OO. di competenza;

### 5) Definizione *equipe* multidisciplinare dedicata alle eccezionali condizioni di iperafflusso (PEIMAF);

### 6) Implementazione Ambulatorio Codici Minori;

In condizioni di iperafflusso e/o sovraffollamento l'ambulatorio si fa carico della gestione dei codici minori per sgravare l'area bassa intensità. I pazienti in attesa vengono informati della situazione di sovraffollamento e del possibile prolungarsi dei tempi di attesa.

### 7) Implementazione di *Holding Area* per i pazienti in attesa del posto letto per il ricovero (*Area Ricoveri o Admission Room*) direttamente collegata al Pronto Soccorso. I pazienti devono essere presidiati da personale infermieristico e da un medico dedicato.



Polclinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII

**PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI  
LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI  
SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO  
SOCCORSO**

**PSGPLASPS**

Rev. 00

Pag 23 di 25

Il processo assistenziale è il medesimo del Pronto Soccorso, con disponibilità in tempi rapidi di indagini e di consulenze come il PS. In quest'area debbono essere collocati pazienti che non necessitano di terapia intensiva/semintensiva.

**9) 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;**

**10) Adeguamento sistema informatico per rilevazione continua degli indicatori di monitoraggio;**

**11) Formazione e aggiornamento professionale del personale.**



Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII

**PIANO STRATEGICO GESTIONE POSTI  
LETTO AZIENDALI IN CONDIZIONI DI  
SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO  
SOCCORSO**

**PSGPLASPS**

Rev. 00

Pag 24 di 25

**ALLEGATO 1**

**CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità

di assistito

di tutore / familiare dell'assistito \_\_\_\_\_,

informato dal dirigente medico del Pronto Soccorso dott. \_\_\_\_\_ della temporanea indisponibilità di posti letto presso l'Azienda, gli ospedali pubblici e privati sia cittadini che della provincia, e in considerazione delle contingenti condizioni di sovraffollamento dell'area di emergenza, reso edotto dei possibili disagi che tale condizione potrebbe arrecare, dichiara di accettare il ricovero in sovrannumero

in barella

in posto letto

-presso l'Unità Operativa di \_\_\_\_\_ competente per le problematiche di salute evidenziate in Pronto Soccorso.

Bari \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## ALLEGATO 2

**Metodologia del calcolo del fabbisogno di posti letto e attribuzione della disponibilità virtuale garantibile per ogni U.O. del Dipartimento/Area Specialistica di appartenenza.**

Il calcolo del numero di posti letto giornaliero dovuto per ogni U.O. viene effettuato secondo la seguente metodologia.

1. Si calcola il numero di ricoveri provenienti da PS verso l'area specialistica di afferenza, che si sono verificati in ogni giorno dell'anno; come valore di riferimento si prende il 95° percentile dei dati raccolti (**TREND GIORNALIERO**); prendendo questo valore, come riferimento, si garantisce che nel 95% delle giornate dell'anno il numero dei ricoveri sia pari o inferiore al **TREND**.
2. Preso il numero totale di p.l. in Area Specialistica del presidio, si divide lo stesso per il **TREND GIORNALIERO** e si ottiene il "PASSO" a cui va assegnato ogni ricovero.

$$\text{PASSO} = \text{NUMERO P.L. TOTALI AREA} / \text{TREND GIORNALIERO}$$

3. Preso il numero di p.l. di ogni U.O., lo si divide per il PASSO e si ottiene il numero di ricoveri teorico da assegnare ad ogni U.O. ogni giorno.

$$\text{TREND U.O.} = \text{NUMERO P.L. MEDICINA} / \text{PASSO}$$

4. Il numero di ricoveri teorico di ogni U.O. potrà essere eventualmente corretto in base ad alcuni parametri tra cui:
  - numero di ricovero programmati per attività interventistica;
  - numero di ricoveri effettuati direttamente da ambulatorio;
  - numero di trasferimenti interni/esterni.

Totale ricoveri da PS con DRG medico	Ricoveri da PS Area Medica 95°percentile	PP.LL. medi 2018 Area Medica	Passo
7160	28,0	341,8	12,2

Totale ricoveri da PS con DRG chirurgico	Ricoveri da PS Area Chirurgica 95°percentile	PP.LL. medi 2018 Area Chirurgica	Passo
2349	11	318,7	28,97