

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Rete regionale di emergenza-urgenza ospedaliera: indicazioni organizzative per il potenziamento delle attività finalizzate alla riduzione del sovraffollamento e boarding in Pronto Soccorso

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore "Assistenza Ospedaliera Emergenza Urgenza e Ricerca" dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente del Settore "Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza e Ricerca" e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

- di approvare la *"Rete regionale di emergenza urgenza ospedaliera: indicazioni organizzative per il potenziamento delle attività finalizzate alla riduzione del sovraffollamento e boarding in Pronto Soccorso"* di cui all'Allegato A;
- di dare mandato all'Agenzia Regionale Sanitaria di istituire il gruppo di coordinamento regionale con la composizione e i compiti definiti nell'Allegato B.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- **D.M. n. 70 del 2 aprile 2015** “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
- **Accordo Stato Regioni del 01/08/2019**: “Linee di indirizzo nazionale sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservatorio Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”. (Rep. Atti n. 143/CSR);
- **DGR n. 1457 del 25/11/2019** “Recepimento Accordo Stato Regioni del 01/08/2019: “Linee di indirizzo nazionale sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservatorio Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”. (Rep. Atti n. 143/CSR) - Linee di indirizzo regionali”;
- **DGR n.1237 del 18/10/2021** “Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta”;
- **Decreto Ministeriale n.77 del 23 maggio 2022** “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
- **DGR n. 734 del 13/06/2022**” Potenziamento delle attività di emergenza-urgenza – sperimentazione di un nuovo modello organizzativo nel periodo estivo”;
- **DGR n.1707 del 20/11/2023** “Linee Guida organizzative regionali per la presa in carico presso la rete ospedaliera di emergenza-urgenza”;
- **DGR n.858 del 04/06/2024** “Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”;
- **Deliberazione n. 57 dell’Assemblea Legislativa Regione Marche approvata nella seduta del 9 agosto 2023, n. 121** “Piano socio sanitario regionale 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani;
- **Decreto Ministeriale del 22 dicembre 2023** “Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie” (Supplemento ordinario alla “Gazzetta Ufficiale”, n. 36 del 13 febbraio 2024 - Serie generale);
- **DGR n. 630 del 29/04/2024** “Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Linee di indirizzo per l’istituzione delle reti cliniche tempo-dipendenti, in recepimento dell’Accordo Stato-Regioni del 24/01/2018 (Rep. Atti n. 14/CSR)”;
- **DGR n.1900 del 30/12/2025** “DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Completamento del riordino della rete sanitaria territoriale e Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo degli Ospedali della Comunità”

Motivazione

Il sistema di Emergenza-Urgenza, in coerenza con quanto disposto dal DM 70/2015, costituisce una componente essenziale del Servizio Sanitario Regionale, poiché garantisce la presa in carico immediata, continua e coordinata dei cittadini che necessitano di interventi tempestivi per condizioni cliniche acute, potenzialmente gravi o che richiedono un’immediata valutazione sanitaria. Per questo motivo, esso rappresenta un elemento strategico non solo dal punto di



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

vista clinico, ma anche sotto il profilo organizzativo, sociale e di tutela della salute pubblica. Il Pronto Soccorso, principale punto di accesso alla struttura ospedaliera, rappresenta un nodo strategico e un indicatore chiave della qualità dell'assistenza. Negli ultimi anni, dopo la drastica riduzione durante il periodo covid, il numero di accessi ai Pronto Soccorso ha mostrato una graduale crescita, in parte determinata da alcuni fattori: invecchiamento della popolazione, aumento della fragilità clinica, riduzione dell'offerta territoriale percepita o effettiva, inappropriately degli accessi ed incremento delle patologie croniche riacutizzate. In questo contesto, assume particolare rilevanza il fenomeno del *boarding* che rappresenta una delle principali determinanti del sovraffollamento in Pronto Soccorso e si manifesta quando gli accessi superano la capacità ricettiva delle aree di degenza, generando ripercussioni sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza dei pazienti e sull'organizzazione complessiva (efficacia, efficienza, appropriatezza) delle strutture ospedaliere. Tale condizione determina un congestionamento degli spazi dedicati all'emergenza, rallenta i percorsi diagnostico-terapeutici e aumenta significativamente il carico assistenziale sugli operatori.

Negli ultimi anni, tale fenomeno è diventato più frequente soprattutto per l'aumento della complessità clinica dei pazienti che afferiscono in Pronto Soccorso (comorbidità multiple) e le difficoltà a garantire dimissioni rapide e appropriate; a ciò si aggiungono picchi stagionali (es. periodi influenzali) che incrementano gli accessi in maniera non sempre prevedibile. Le linee di indirizzo nazionali (Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019) hanno delineato specifiche strumenti e strategie per la gestione del sovraffollamento: ad esempio il triage numerico a cinque livelli, potenziamento delle aree di Osservazione Breve Intensiva, obbligo di Piano di Gestione del Sovraffollamento aziendale e definizione di indicatori di monitoraggio.

La Regione Marche, in coerenza con la suddetta normativa nazionale, recepisce con la DGR n.1457/2019, ha attivato un percorso per il potenziamento delle attività di Emergenza-urgenza e dato mandato agli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di avviare specifiche azioni di miglioramento, al fine di ridurre le criticità. Dopo una prima sperimentazione, attuata con DGR n.734/2022, volta a gestire in modo più efficiente i flussi di pazienti nel periodo estivo, è stato costituito un gruppo di lavoro composto dai Direttori dei PS/DEA, per il monitoraggio e il coordinamento delle azioni per il potenziamento delle attività di presa in carico dei pazienti che afferiscono alle strutture ospedaliere di emergenza-urgenza del Servizio Sanitario Regionale (Decreto ARS del n.41 del 17/06/2022 e Decreto ARS del n. 7 del 28/04/2023). Ai fini del monitoraggio, è stata inoltre creata una piattaforma on-line per dare evidenza delle misure organizzative implementate dai PS in risposta agli episodi di sovraffollamento ed un "monitoraggio civico regionale" per evidenziare eventuali criticità segnalate dagli utenti per indirizzare le azioni di miglioramento.

In base a quanto emerso dagli incontri del suddetto gruppo di lavoro, con DGR n.1707/2023 sono state approvate le "*Linee Guida organizzative regionali per la presa in carico presso la rete ospedaliera di emergenza-urgenza*" al fine di omogeneizzare le procedure organizzative per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure in pronto soccorso. In particolare, per la gestione del sovraffollamento è stato dato mandato agli Enti del SSR di:

- dedicare un numero definito di posti letto giornalieri a ricoveri provenienti dal PS;
- garantire l'accesso al posto letto anche nelle ore notturne per pazienti clinicamente stabili;
- adottare protocolli interni per definire la disponibilità dei posti letto e tempistiche di presa in carico;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- definizione di tempi massimi per consulenze specialistiche intraospedaliere;
- istituzione della figura del Bed Manager territoriale.

Ciononostante, il costante monitoraggio dei dati del flusso EMUR-PS ha evidenziato nel corso degli anni le seguenti criticità:

- il mancato raggiungimento dello standard previsto per i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento per i codici di urgenza maggiore;
- una maggiore frequenza del fenomeno di boarding.

Al fine di migliorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta assistenziale nella presa in carico dei pazienti presso la rete ospedaliera regionale di emergenza-urgenza, si forniscono nell'Allegato A, alla presente deliberazione, ulteriori indicazioni organizzative per la riduzione del sovraffollamento e del boarding in Pronto Soccorso. Tali indicazioni, condivise dall'Agenzia Regionale Sanitaria con gli stakeholder nel corso degli incontri svoltisi nei giorni 13, 20, 28 e 29 aprile 2026, comprendono, a titolo esemplificativo, le seguenti misure:

- l'implementazione di un sistema informativo di Bed management per rafforzare la funzione di raccordo organizzativo e informativo con i servizi territoriali, contribuendo alla corretta canalizzazione dei flussi assistenziali;
- l'attivazione/implementazione dei percorsi dedicati alla fragilità;
- l'individuazione della funzione di "flow manager" in Pronto Soccorso.

L'attuazione di tali misure rappresenta un'ulteriore strategia di governo integrato e multidisciplinare tra Pronto Soccorso, reparti ospedalieri e rete territoriale per la riduzione del fenomeno del Boarding che va a rafforzare quanto già disposto con la precedente normativa nazionale e regionale. Nel processo di potenziamento della rete di emergenza-urgenza, è stato, negli anni, fondamentale il coinvolgimento dei Direttori dei Pronto Soccorso nell'ambito del Gruppo di Lavoro. In considerazione della maggiore complessità che oggi caratterizza il sistema dell'emergenza-urgenza (costante aumento degli accessi, pressione sulle strutture ospedaliere e necessità di risposte rapide e uniformi su scala regionale, carenze di personale) risulta necessario consolidare, nelle more della complessiva ridefinizione del sistema di emergenza urgenza regionale, il ruolo che tale gruppo riveste, attribuendogli funzioni di coordinamento regionale ed integrando al suo interno ulteriori professionalità, come descritto in Allegato B.

La definizione di responsabilità e compiti, quali ad esempio l'elaborazione di specifici percorsi clinico-assistenziali, di indicatori di monitoraggio per la valutazione delle performance della rete regionale e di soluzioni organizzative condivise, consente di garantire uniformità, qualità e tempestività nelle risposte assistenziali su tutto il territorio marchigiano oltre a favorire la diffusione delle buone pratiche ed assicurare una gestione più coerente ed efficace del sistema dell'emergenza-urgenza, orientato al miglioramento continuo della presa in carico e della sicurezza dei pazienti.

Esito dell'istruttoria

Tenuto conto di quanto stabilito in premessa, si propone l'adozione del presente atto.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Patrizia Santoiemma

Documento informatico firmato digitalmente

**PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA
URGENZA E RICERCA**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Dirigente

Giovanni Lagalla

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Direttore

Flavia Carle

Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO



RETE REGIONALE DI EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA: INDICAZIONI ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ FINALIZZATE ALLA RIDUZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO E BOARDING IN PRONTO SOCCORSO

SOMMARIO

1. PREMESSA..... 2

2. IMPATTO CLINICO–ORGANIZZATIVO 2

3. MISURE ORGANIZZATIVE 3

 3.1 STRUMENTI PER IL CONTRASTO AL SOVRAFFOLLAMENTO 3

 3.2 BED MANAGEMENT SOFTWARE 4

 3.3 DISPONIBILITÀ POSTI LETTO PER I RICOVERI PROVENIENTI DAL PS 4

 3.4 ATTIVAZIONE DI PERCORSI DEDICATI 5

 3.5 POTENZIAMENTO RUOLO ASSISTENTI SOCIALI 5

 3.6 OBI – UTILIZZO APPROPRIATO E CRITERI DI AMMISSIONE/ESCLUSIONE 6

 3.7 RUOLO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ..... 6

4 INDICATORI, SOGLIE E MONITORAGGIO 7

1. PREMESSA

Il Sistema di Emergenza-Urgenza rappresenta un elemento strategico non solo dal punto di vista clinico, ma anche sotto il profilo organizzativo, sociale e di tutela della salute pubblica. Negli ultimi anni, il numero di accessi al Pronto Soccorso ha mostrato una crescita costante, determinata da molteplici fattori: invecchiamento della popolazione, aumento della fragilità clinica, riduzione dell'offerta territoriale percepita o effettiva, inappropriata degli accessi e incremento delle patologie croniche riacutizzate. In questo contesto, assume particolare rilevanza il fenomeno del boarding che rappresenta una delle principali determinanti del sovraffollamento in Pronto Soccorso. Il boarding in Pronto Soccorso (PS) è la permanenza prolungata di pazienti già destinati al ricovero in attesa di un posto letto nelle degenze. Il Ministero della Salute lo definisce una "cattiva pratica", in quanto rappresenta una delle principali cause di sovraffollamento del PS e di compromissione della qualità e sicurezza delle cure. Il tempo di *boarding* coincide con l'*Admit Time*, ossia il tempo di attesa massimo per l'ospedalizzazione dopo la decisione di ricovero.

Le linee di indirizzo nazionali (Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019) hanno delineato strumenti e strategie per la gestione del sovraffollamento: triage numerico a cinque livelli, potenziamento delle aree di Osservazione Breve Intensiva, obbligo di Piano di Gestione del Sovraffollamento aziendale e definizione di indicatori di monitoraggio.

La Regione Marche, in coerenza con tale normativa nazionale, recepita con la DGR n.1457/2019, ha attivato un percorso per il potenziamento delle attività di Emergenza-urgenza e dato mandato agli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di avviare specifiche azioni di miglioramento, al fine di ridurre le criticità. con la DGR n.1707/2023 sono state approvate le "Linee Guida organizzative regionali per la presa in carico presso la rete ospedaliera di emergenza-urgenza" al fine di omogeneizzare le procedure organizzative per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in pronto soccorso, definendo, ad esempio, criteri uniformi per il Triage, l'implementazione dei percorsi fast track e la gestione del sovraffollamento.

Ciononostante, il costante monitoraggio dei dati del flusso EMUR-PS ha evidenziato nel corso degli anni le seguenti criticità:

- il mancato raggiungimento dello standard previsto per i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento per i codici di urgenza maggiore;
- un incremento del fenomeno di boarding.

Al fine di migliorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta assistenziale nella presa in carico dei pazienti presso la rete ospedaliera di emergenza-urgenza, si forniscono ulteriori misure organizzative regionali per miglioramento dei tempi di attesa attraverso una più efficace gestione del fenomeno del Boarding in pronto Soccorso.

2. IMPATTO CLINICO-ORGANIZZATIVO

La riduzione del fenomeno di Boarding rientra tra le azioni strategiche di governo per il miglioramento della presa in carico dei pazienti poiché determina un impatto sia dal punto di vista clinico che organizzativo sulle seguenti componenti:

- **Pazienti.** Aumento di morbilità e mortalità, ritardi di valutazione/trattamento, maggior durata di degenza, sofferenza e ridotta privacy.
- **Operatori.** Crescita di stress/burnout, aggressioni, ridotta aderenza alle buone pratiche per pressione assistenziale.
- **Sistema.** Inefficienze e blocchi: rallentamento dei percorsi, deviazione/blocco delle ambulanze, aumento dei tempi d'attesa e difficoltà nel reclutamento.

3. MISURE ORGANIZZATIVE

In coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, gli Enti del SSR devono **adottare formalmente un Piano strutturato di gestione del sovraffollamento**, che includa specifiche misure organizzative per la riduzione del fenomeno del boarding:

- analisi dei fattori di ingresso, interni e di uscita;
- monitoraggio dei livelli di allerta progressivi;
- definizione delle responsabilità organizzative;
- azioni da mettere in atto al superamento delle soglie di allerta;
- individuazione dei piani di attività e strumenti per il Bed Management.

Come già descritto nella DGR 1707/2023, al fine di identificare e monitorare le condizioni di sovraffollamento, è necessario che ogni P.S. si doti di uno strumento (il più diffuso è il NEDOCS) che sia in grado di “fotografare” la situazione di affollamento e fornire feedback utili alla gestione del fenomeno. In base ai valori ottenuti, applicando alla suddetta scala di valutazione, sarà possibile arrivare ad ottenere specifiche indicazioni riguardo all’affluenza e calcolare le risorse disponibili può agevolare i sanitari nel processo di ottimizzazione delle stesse, al fine di implementare il suddetto Piano che preveda anche un coordinamento delle attività di “fast track” con completamento del percorso direttamente da parte dello specialista dell’Unità Operativa/ambulatorio di riferimento (evitando il rientro del paziente in PS per la chiusura del verbale e riducendo il prolungarsi della permanenza).

3.1 STRUMENTI PER IL CONTRASTO AL SOVRAFFOLLAMENTO

Bed manager

Con DGR 1707/2023, in coerenza con la normativa nazionale, è stata istituita, presso le strutture del SSR sede del PS, la figura del Bed Manager, **affidente funzionalmente alla Direzione Medica Ospedaliera (DMO)**, 7 giorni su 7 per 12 ore diurne/die, inclusi prefestivi e festivi, a cui competono attività organizzative dedicate principalmente alla risoluzione tempestiva ed efficace degli episodi di sovraffollamento in PS mediante la gestione della risorsa “posto letto” e il piano delle dimissioni, **sia a livello ospedaliero che territoriale**, con strumenti tra i quali:

- verifica costante della “movimentazione” dei posti letto nelle unità operative di degenza (monitoraggio delle dimissioni e dei ricoveri urgenti e programmati giornalieri, degenza media, etc.),
- eventuale e temporaneo ricorso a letti aggiuntivi (letti bis, occupazione posti letto in reparti diversi da quelli di attribuzione) in situazioni di eccezionale sovraffollamento,
- reportistica quotidiana della disponibilità di ricovero ospedaliero e residenziale,
- costante collaborazione con il Pronto Soccorso per conoscere in tempo reale il flusso dei pazienti in uscita (attesa di ricovero ospedaliero/territoriale)

Flow manager

Nelle situazioni di iniziale sovraffollamento (es. punteggio NEDOCS > 60), si individua, presso il pronto Soccorso, la funzione operativa di “**flow manager**”, assegnata a personale munito di specifici requisiti (formazione, competenze, esperienza), che opera in collaborazione con il bed manager per il rispetto dei tempi di attesa/permanenza massimi, mediante:

- ottimizzazione della gestione dei percorsi di cura in emergenza urgenza in tutte le fasi (diagnosi, consulenza, prescrizione, rivalutazione) sia per le patologie tempo-dipendenti che non tempo-dipendenti,
- facilitazione del percorso di dimissione a domicilio direttamente dal PS, laddove appropriato, o inserimento dei pazienti nei percorsi ambulatoriali aziendali,
- rispetto dell’appropriatezza di accesso all’Osservazione Breve Intensiva (secondo i criteri previsti a livello regionale e nazionale),
- individuazione di criticità interne al Pronto Soccorso (es. limitazioni al flusso dei pazienti o attivazione di un monitoraggio specifico delle aree di Pronto Soccorso che presentano criticità con maggior frequenza).

- *Unità di pre-ricovero o pre dimissione*

Come già disposto con DGR 1707/2023, rappresentano misure reattive incrementali da attivare in particolari situazioni di costante superamento della soglia di sovraffollamento in raccordo con la Direzione medica di Presidio.

3.2 BED MANAGEMENT SOFTWARE

Al fine di migliorare il governo attivo e continuativo della disponibilità di posto letto, assume un'importanza strategica l'attuale implementazione di un supporto informatico, unico per tutte le strutture regionali, che assicuri la gestione integrata di tutte le fasi di presa in carico dei pazienti che si rivolgono alla struttura ospedaliera (dal momento dell'accesso diretto fino al ricovero/dimissione), attraverso una collaborazione/coordinamento tra Pronto Soccorso, direzione medica/sanitaria e strutture di ricovero ospedaliere e territoriali. Il sistema informativo gestionale di Bed Management fornisce in tempo reale una mappa della risorsa "posto letto", con assegnazione dei pazienti in base a regole prestabilite, definite dalla Direzione dell'Ente, previsione delle dimissioni, segnalazione di disponibilità/occupazione e supporto decisionale per il "Bed Manager". Tale piattaforma, che è integrata con il sistema informativo ospedaliero e collegata funzionalmente con quello territoriale, è strategica per migliorare il flusso dei ricoveri e l'allocazione dei letti mediante la tracciabilità "in tempo reale" della movimentazione dei pazienti e delle previsioni di dimissione/trasferimento.

3.3 DISPONIBILITÀ POSTI LETTO PER I RICOVERI PROVENIENTI DAL PS

Come già stabilito con DGR n. 1707/2023, per favorire la riduzione del fenomeno del sovraffollamento/boarding, si ribadisce l'importanza di definire **giornalmente** (7 giorni su 7 inclusi prefestivi e festivi) da parte della Direzione Medica Ospedaliera (DMO), con il coinvolgimento del *bed manager*, la quota dei posti letto (strutture ospedaliere e territoriali) da garantire ai ricoveri provenienti dal PS, sulla base di una approfondita analisi di diversi fattori (es. numero totale di posti letto per ogni area, tasso di occupazione, liste di attesa dei ricoveri, numero trasferimenti interni/esterni, trend giornaliero di ricoveri provenienti da PS, etc.). Per ciò che attiene le strutture del privato accreditato e convenzionato, i cui posti letto rientrano nel computo della dotazione regionale complessiva, la quota da dedicare ai ricoveri in urgenza andrà concordato in base ad Accordi con gli Enti del SSR, definendo le caratteristiche cliniche dei pazienti da inviare a garanzia della sicurezza delle cure.

La stima della quota giornaliera di posti letto da lasciare disponibili per i ricoveri da Pronto Soccorso dovrà essere calcolata, presso ogni struttura sede di PS, considerando diversi parametri tra cui:

- numero di pazienti che stazionano oltre le 24 ore,
- numero di giornate di degenza necessarie,
- tempo medio di degenza nei reparti per acuti, distinguendo tra area medica e area chirurgica.

Inoltre, per la valutazione/programmazione della domanda di ricovero, sulla base dell'analisi dell'afflusso dei pazienti in area di emergenza/urgenza e presso le Unità Operative dello stabilimento di riferimento, sarà necessario differenziare la quota posti letto per disciplina e livello assistenziale (es. intensiva, sub-intensiva, ordinario) come riportato nella tabella seguente a titolo esemplificativo:

Stabilimento	DISCIPLINA		N. POSTI LETTO PER Terapia Intensiva/SUB intensiva	N. POSTI LETTO PER ricovero ordinario
	N. POSTI LETTO DIE PER PS			
STABILIMENTO	MEDICINA GENERALE			
	CARDIOLOGIA			
	CHIRURGIA GENERALE			
	OCULISTICA			
	ORTOPEDIA-TRAUMAT. Etc.			
TOTALE				

Tale stima, utile per la gestione del boarding, può stimolare la Direzione dell'Ente ad attuare azioni riorganizzative dipartimentali in termini di redistribuzione dei posti letto.

La definizione del fabbisogno di posti letto per ciascuna specialità medica e chirurgica rappresenta uno strumento strategico che consente l'appropriato utilizzo della risorsa-ricovero, anche al fine di accogliere tempestivamente

i pazienti dal Pronto Soccorso; ogni struttura ospedaliera dovrà, attraverso opportune disposizioni organizzative, agevolare le dimissioni anche di sabato e di domenica e tenere in considerazione i periodi di sovraffollamento prevedibili (ad esempio il picco influenzale nei mesi invernali, festivi come Natale e capodanno oppure periodi estivi in cui si riduce l'attività dei servizi territoriali ecc.).

3.4 ATTIVAZIONE DI PERCORSI DEDICATI

In linea con quanto già disposto dal livello normativo nazionale (Accordo Stato Regioni 2019) e regionale (DGR n. 1707/2023), condizioni particolari di **fragilità** richiedono un'attenzione specifica a partire dal triage, poiché presentano condizioni di vulnerabilità fisica, psicologica o sociale che influenzano il percorso di cura: pazienti anziani con patologie neurodegenerative, pazienti oncologici, pazienti psichiatrici, minori, persone con disabilità o a fine vita, migranti, persone senza fissa dimora, soggetti con dipendenze, etc. L'utilizzo di specifiche scale di valutazione per i pazienti fragili in Pronto Soccorso consente di valutare rapidamente la vulnerabilità clinica dei pazienti, contribuendo a definire con maggiore precisione i bisogni assistenziali, orientando sia le decisioni diagnostico-terapeutiche sia la priorità nell'allocazione delle risorse (ad es. la *Clinical Frailty Scale -CFS* per i pazienti anziani, la *Dynamic Silver Code - DSC*, l'*Edmonton Symptom Assessment System - ESAS* per i pazienti oncologici ecc.). Con la suddetta DGR sono state date indicazioni, per l'attivazione di specifici codici (non alternativi a quelli definiti a livello ministeriale) finalizzati all'individuazione di percorsi "protetti" (ad esempio, il Codice Argento per particolari condizioni di fragilità clinica e/o sociale, con specifica attenzione agli aspetti di umanizzazione delle cure e, ove necessario, al coinvolgimento dei servizi territoriali e sociali, in un'ottica di continuità assistenziale e nel rispetto dei principi di equità, appropriatezza e sicurezza dell'assistenza).

Tra i compiti affidati al **Gruppo di coordinamento regionale**, è prevista anche l'elaborazione di specifiche modalità di presa in carico personalizzata ed uniforme sul territorio regionale che garantiscano, la tempestiva erogazione delle procedure sanitarie/assistenziali prioritariamente per le seguenti condizioni particolari, già previste dalla normativa regionale e nazionale:

- maltrattamenti e abusi su minori, donne ed anziani: nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy e alle procedure investigative e giudiziarie,
- anziani: adozione di modelli organizzativi integrati e multidimensionali (es. OBI geriatrica, *Frailty Assessment Unit*) in base a specifiche scale di valutazione di fragilità clinica, funzionale, cognitiva e sociale,
- oncologici: definizione di percorsi dedicati che garantiscano una tempestiva valutazione del bisogno clinico in fase di triage e la possibilità di attivare "fast track" specialistici, che tenga conto non solo della malattia di base ma anche delle complicanze correlate ai trattamenti in corso (chemio- o immunoterapia),
- problematiche psichiatriche: attribuzione di un codice colore al triage che identifichi tempestivamente la gravità del quadro clinico e le misure organizzative da mettere in atto (es. spazi dedicati, stretta sorveglianza, attivazione immediata della consulenza specialistica, integrazione di interventi sanitari, psicologici, etc.) a garanzia della sicurezza del paziente, degli operatori e dell'ambiente.

3.5 POTENZIAMENTO RUOLO ASSISTENTI SOCIALI

In coerenza con la normativa nazionale e regionale, sarà necessario potenziare il ruolo dell'assistente sociale che diventa strategico, per integrare aspetti sanitari, sociali e di tutela nel contesto dell'emergenza-urgenza al fine di garantire continuità assistenziale, presa in carico dei casi complessi e attivazione dei percorsi sociosanitari territoriali, soprattutto in presenza di fragilità sociali, abusi, condizioni di vulnerabilità e difficoltà di rientro al domicilio. Il coinvolgimento di figure dedicate al supporto relazionale e sociale facilita il percorso del paziente e contribuisce alla sicurezza delle cure. L'assistente sociale interviene nella valutazione del bisogno, nell'attivazione della rete territoriale, nella tutela di minori e persone fragili, nella gestione dei *frequent user*, nei casi di violenza, nelle dimissioni difficili e nella mediazione tra pazienti, famiglie e servizi. Collabora inoltre alla continuità ospedale-territorio, contribuendo alla pianificazione e all'attuazione dei percorsi assistenziali integrati come la dimissione protetta, elemento essenziale di continuità da attivare precocemente garantendo il raccordo tra

ospedale, servizi sociali e cure domiciliari al fine di prevenire ricoveri impropri, ridurre le riammissioni e assicurare un percorso di dimissione coordinato, sicuro e adeguato ai bisogni del paziente e della famiglia.

3.6 OBI – UTILIZZO APPROPRIATO E CRITERI DI AMMISSIONE/ESCLUSIONE

Come definito dalla normativa nazionale e regionale, l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) rappresenta un'unità funzionale del Pronto Soccorso dedicata alla gestione dei pazienti con condizioni cliniche acute, potenzialmente reversibili, richiedenti monitoraggio clinico intensivo, accertamenti rapidi e terapie mirate, con l'obiettivo di definire, entro 8–44 ore, il percorso più appropriato: ricovero o dimissione protetta.

Al fine di garantire l'utilizzo appropriato ed omogeneo dell'OBI su tutto il territorio nazionale, la normativa ha stabilito specifici indicatori di performance con relative soglie di riferimento. L'analisi dei dati EMUR/PS 2023–2025 mostra, come riportato nelle tabelle successive, un buon livello assistenziale in OBI (evidenziato dal ridotto tasso di nuovo accesso in PS entro 24 ore) ma anche importanti criticità organizzative quali l'elevata quota di pazienti che permane in OBI oltre le 24 ore e la percentuale dei pazienti inviati a ricovero dopo l'accesso in OBI.

INDICATORE DI UTILIZZO/PERFORMANCE (ACCORDO STATO REGIONI 2019)	SOGLIA	Regione Marche		
		2023	2024	2025
Tempo di permanenza in OBI. 24H da ingresso in OBI	<= 5%	50,71%	49,65%	54,54%
Pazienti dimessi in OBI su totale di accessi in OBI	>90%	69,09%	75,22%	74,46%
Pazienti che ri-accedono al PS entro le 24h sul totale dei dimessi da OBI	<5%	1,45%	1,52%	1,38%
Pazienti ricoverati su totale di accessi in OBI	<=10%	26,16%	16,34%	16,50%

Tali elementi di monitoraggio suggeriscono, al fine di garantire un utilizzo pienamente conforme delle *postazioni (posti tecnici)* in OBI agli standard nazionali e regionali, la necessità di ribadire:

- **l'esito del trattamento**
 - a) ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera
 - b) trasferimento presso altra struttura per acuti
 - c) dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali,
 - d) dimissione a domicilio,
- i criteri di **non appropriatezza**:
 - ricoveri programmati o pre-ricoveri;
 - trattenere pazienti in attesa di un posto letto disponibile nei reparti;
 - pazienti con rischio infettivo o che richiedono isolamento;
 - pazienti con agitazione psicomotoria non controllabile;
 - condizioni cliniche che necessitano di ricovero urgente;
 - situazioni gestibili in ambulatorio o in Day Hospital;
 - qualsiasi uso improprio come area di sosta per carenza di posti letto.

Con Decreto 22 dicembre 2023 “*Variatione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie*” è stato stabilito che le postazioni, diverse dai posti letto della Medicina d'Urgenza che invece sono ospedalieri, dedicate all'Osservazione Breve Intensiva (OBI) **devono essere riportate** nell'apposito modello HSP 12 con il codice disciplina “04” (1 postazione OBI ogni 5.000 accessi in PS), prevedendo anche la possibilità di dedicare una quota all'OBI **pediatrica, ostetrica o geriatrica** che può essere allestita, qualora non siano necessarie più di 4 postazioni/specialità, presso l'Unità Operativa/Dipartimento di riferimento, per un migliore utilizzo delle risorse ed una risposta più efficace ed efficiente.

3.7 RUOLO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità (OdC), come previsto dal DM 77/2022, è una struttura di ricovero intermedia della rete territoriale per pazienti che necessitano di stabilizzazione clinica e/o di recupero funzionale non ospedaliero. La sua attività, finalizzata ad evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei,

è strettamente integrata con la Centrale Operativa Territoriale (COT), nodo di raccordo tra ospedale e territorio, che coordina i percorsi di continuità assistenziale (ad esempio, l'attivazione rapida dell'Assistenza Domiciliare Integrata) ed il coordinamento con i medici di medicina generale (MMG) e con l'assistente sociale.

Presso gli OdC, come definito nel DM 77/2022 e nella DGR n. 1900/2025, vengono erogati interventi per patologie con diagnosi già definita (es. cronica riacutizzata) con prevedibile risoluzione delle problematiche clinico-assistenziali entro un arco temporale definito (massimo 30 giorni) e che richiedono sorveglianza/assistenza infermieristica continuativa, educazione/addestramento dell'assistito o del caregiver, riattivazione funzionale o interventi riabilitativi/rieducativi/monodistretto o completamento di interventi estensivi, monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica, acuzie minori, isolamento per patologia infettiva.

Pertanto, il potenziamento dell'attività di ricovero presso tali strutture e adeguati modelli organizzativi possono garantire strategie efficaci per la riduzione del sovraffollamento in Pronto Soccorso sia in entrata (efficace presa in carico pre-ospedaliera) che in uscita (ottimizzazione delle procedure di invio all'OdC di pazienti con le caratteristiche clinicamente appropriate sia dal Pronto Soccorso sia dai reparti di degenza, con conseguente aumento del turn over dei posti letto).

4 INDICATORI, SOGLIE E MONITORAGGIO

Il monitoraggio costante degli indicatori di attività e di performance rappresenta un elemento imprescindibile per valutare l'efficacia delle misure adottate e per intervenire tempestivamente qualora emergano elementi di criticità. La loro valutazione sistematica nell'ambito delle attività del Gruppo di Coordinamento regionale è uno strumento strategico per orientare le decisioni in un'ottica di miglioramento continuo e di maggiore appropriatezza organizzativa (es. tasso di occupazione dei posti letto, il numero di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, la coerenza delle dimissioni programmate rispetto al fabbisogno, i tempi di attivazione delle consulenze, nonché la durata media di degenza nei reparti di area medica, etc.).

Gruppo di Coordinamento Regionale Rete di Emergenza-Urgenza Ospedaliera

Premessa

Secondo quanto stabilito dal DM n.70/2015, il sistema dell'emergenza sanitaria opera attraverso le Centrali Operative 118 (sistema di allarme sanitario), la rete territoriale di soccorso (sistema territoriale di soccorso) e la rete di emergenza ospedaliera (sistema ospedaliero di emergenza), composta da strutture di diversa complessità, capaci di intervenire secondo i rispettivi livelli di competenza e risorse. In questo contesto, in coerenza con quanto previsto dal livello nazionale e regionale per le reti tempo-dipendenti, anche nella rete ospedaliera dell'emergenza, risulta strategico, nelle more della complessiva ridefinizione del sistema di emergenza urgenza regionale, istituire un Gruppo di Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza-Urgenza Ospedaliera incaricato di supervisionare e monitorare le performance della rete, garantendo risposte assistenziali uniformi, tempestive e di qualità su tutto il territorio marchigiano.

Composizione

Il Gruppo di Coordinamento sarà composto dai seguenti professionisti:

- Il Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS);
- I Dirigenti dei Settori competenti dell'ARS;
- I Direttori Sanitari degli Enti che partecipano alla rete;
- I Direttori Socio-Sanitari;
- I Direttori dei Pronto Soccorso Regionali
- I Direttori delle Centrali Operative 118

Potranno inoltre essere coinvolte altre figure professionali (es. *bed manager*, *flow manager*, referente elisoccorso, ecc.) e/o rappresentanti dei cittadini/pazienti per specifiche competenze in particolari situazioni/criticità evidenziate dal Gruppo di Coordinamento Regionale.

Funzioni

Al fine di realizzare una gestione omogenea sul territorio regionale e fornire una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni dei cittadini, le attività del Gruppo di Coordinamento Regionale sono:

- assicurare una gestione coordinata ed efficace del sistema dell'emergenza-urgenza ospedaliero,
- definire indicatori di monitoraggio per la valutazione delle performance della rete regionale di emergenza-urgenza ospedaliera,
- elaborare e diffondere protocolli, procedure e soluzioni organizzative uniformi sul territorio regionale,
- promuovere l'applicazione di percorsi clinico-assistenziali/fast track per specifiche patologie;
- assicurare la coerenza tra la programmazione regionale e quella degli Enti del SSR;
- formulare indirizzi tecnico-operativi in linea con le indicazioni nazionali e la programmazione regionale;
- promuovere iniziative formative specifiche;
- verificare le modalità di funzionamento della rete di emergenza-urgenza ospedaliera e i risultati raggiunti, in coerenza con gli indicatori stabiliti;
- favorire l'implementazione di un sistema informativo a supporto delle attività clinico/strumentali e del funzionamento della rete stessa.

Ciascun Ente del SSR che partecipa alla rete, successivamente alla costituzione del Gruppo di Coordinamento Regionale, istituirà, con apposito atto, il Comitato Locale.