

PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL BOARDING IN PRONTO SOCCORSO E DEL SOVRAFFOLLAMENTO DI PAZIENTI NEI REPARTI DI DEGENZA

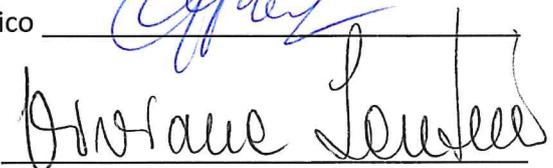


REDAZIONE:

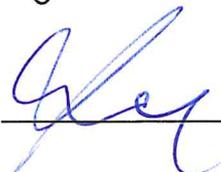
Dr.ssa Giovanna Gregu - Direttore Presidio Ospedaliero Unico



Dr.ssa Viviana Lantini Direttore Pronto Soccorso -



Dr. Antonello Cuccuru Dirigente Professioni Sanitarie -



Indice

1.	Premessa	3
2.	Analisi del contesto epidemiologico	4
3.	Il Fenomeno del Boarding	4
4.	Scopo	5
5.	Campo di applicazione	5
6.	Definizioni e abbreviazioni	5
6.1.	Definizioni	5
6.2.	Abbreviazioni	5
7.	Bed manager e Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri	6
7.1.	Admission Room	6
7.2.	Fast track	6
8.	Modalità operative del piano	6
8.1.	Processo di ricovero	7
8.2.	Boarding in PS di pazienti internistici	7
8.3.	Boarding in PS di pazienti chirurgici	9
9.	Notifiche interne ed esterne	11
9.1.	Comunicazione alla Centrale Operativa 118	11
9.2.	Comunicazione ai cittadini ed umanizzazione	11
10.	Aspetti tecnico logistici	11
11.	Risorse umane in caso di sovraffollamento	12
12.	Tracciabilità del ricovero sovrannumerario	12
13.	Inappropriatezza dei ricoveri	12
14.	Percorso diagnostico terapeutico del paziente ricoverato	12
15.	Stesura procedure gestione ricovero sovrannumerario nel reparto	12
15.1.	Indicatori di sovraffollamento	13
16.	Sistema informativo e attività di monitoraggio	13

Bibliografia



1. PREMESSA

La mission del Pronto Soccorso è “garantire risposte e interventi adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziale attuando i provvedimenti immediati salva vita”. In continuità con la mission prioritaria gli altri obiettivi sono la selezione dei pazienti da ricoverare per condizioni di urgenza e il completamento diagnostico-terapeutico delle persone da dimettere con la prenotazione dell’eventuale percorso di continuità assistenziale.

Il flusso in Pronto Soccorso è un processo complesso composto di diverse fasi e interventi da armonizzare da un punto di vista organizzativo e relazionale, per i quali è necessario declinare le modalità di governo, i percorsi, la gestione multiprofessionale e multidisciplinare, e il ruolo attivo delle Unità Operative dell’Ospedale. L’equilibrio tra persone assistite e personale presente e l’organizzazione dei percorsi assicurano il mantenimento della qualità dell’assistenza.

Il prolungamento della permanenza in PS dei pazienti determina un aumento del rischio clinico e della complessità gestionale ed organizzativa, per cui il presente Piano prevede azioni distribuite sulle diverse fasi cliniche, potenzialmente efficaci, solo se adottate in maniera complementare.

Il sovraccollamento è la situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali.

Quando il sovraccollamento è costante, generalmente è dovuto al sottodimensionamento del Pronto Soccorso e/o dell’Ospedale rispetto agli accessi, per una reale mancanza di risorse strutturali, tecnologiche, umane e/o di organizzazione.

Le cause di sovraccollamento sono determinate in genere, da un iperafflusso di pazienti, spesso anche per difficoltà alle dimissioni dai reparti di degenza al territorio, che impediscono ai dipartimenti di accogliere tempestivamente i pazienti da ricoverare provenienti dal PS.

Il sovraccollamento determina gravi conseguenze su:

- PAZIENTI - Peggioramento degli esiti con aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, ridotta soddisfazione del paziente, esposizione agli errori;
- OPERATORI - Mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica, aumento dello stress e del burn out, aumento degli episodi di violenza verso gli operatori stessi;
- SISTEMA - Aumento di durata della permanenza in Pronto Soccorso e della degenza in ospedale

Il “Piano Aziendale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraccollamento in pronto soccorso” è lo strumento di programmazione con cui la Direzione Strategica Aziendale coinvolge il personale in una logica multiprofessionale per declinare la propria organizzazione e le azioni di miglioramento.

Il Piano costituisce uno strumento di lavoro e di trasparenza e declina i principi organizzativi e i percorsi gestionali attraverso il quale sviluppare un linguaggio comune, obiettivi aziendali e relazioni consapevoli.

Il Piano viene redatto attraverso un percorso collegiale di Audit e Feedback sul fabbisogno, sui percorsi e sulle performance assistenziali, che permetta di applicare e adattare le azioni e gli interventi previsti.

2. ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Il rapporto sull’attività di Ricovero per Acuti relativo al 2022, mostra che gli accessi presso il Pronto Soccorso del PO Sirai sono stati 14.817 , di cui :

- 798 codice 1 (rosso), 5,7%
- 9118 codice 2 (giallo), 65%
- 3843 codice 4 (verde), 27%
- 268 (bianco) 2%

Sul totale di 14.817 accessi sono stati ricoverati 2.428 pari al 16,3% degli accessi, mentre i pazienti e trasferiti ad altro istituto sono stati 40.

Il fenomeno del sovraffollamento impedisce il normale funzionamento del Pronto Soccorso, in quanto le risorse disponibili sono inferiori rispetto alla domanda sanitaria .

3. IL FENOMENO DEL BOARDING

Il cosiddetto "boarding" rappresenta la principale causa del sovraffollamento e consiste nel tenere i pazienti talvolta su barelle in Pronto Soccorso, in attesa di un posto letto, comportando un notevole utilizzo di risorse operative. Questa pratica porta ad un aumento della morbilità, della durata del ricovero e della mortalità dei pazienti, oltre a causare stress e burnout per gli operatori e un aumento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso. Il fenomeno del sovraffollamento del PS è particolarmente accentuato in alcuni periodi dell'anno, con picchi stagionali dovuti principalmente al periodo dell'epidemia influenzale e alle ondate di calore estive, ed in particolari contesti. È quindi necessario adottare misure organizzative specifiche per gestire il sovraffollamento del Pronto Soccorso, coinvolgendo attivamente i reparti al fine di garantire un'assistenza sanitaria adeguata e ottimale, prevenendo per quanto possibile il fenomeno del boarding.

Tempi di attesa nel Pronto Soccorso Sirai prima del ricovero o trasferimento presso altra struttura nel 2022.

Tempi di attesa	% utenti
Attesa < 6 h	51,0%
Attesa 6-12 h	22,9%
Attesa 12-24 ore	11,4%
Attesa 24-48 ore	7,2%
Attesa oltre 48 ore	7,5%

Vista l'attuale criticità determinata dal fenomeno del boarding nel Pronto Soccorso di Carbonia si pone la necessità indifferibile di delineare alcune misure emergenziali al fine di evitare il raggiungimento di una soglia critica di sovraffollamento, anche in considerazione del fatto che tale fenomeno secondo recenti indicazioni della RAS deve essere evitato in tutti i PS regionali (DGR del 16 marzo 2023, n. 10/23). Pertanto, il seguente Piano è articolato in fasi sequenziali e comprende tutte le azioni realisticamente percorribili, in modo da limitare il sovraffollamento nel PS a livelli gestibili.

4. SCOPO

Scopo del presente documento è fornire alle UU.OO. la modalità di gestione dei ricoveri nel caso in cui nel reparto non ci fosse più disponibilità di posto letto per esaurimento totale degli stessi.

5. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il regolamento deve essere applicato in tutte le UUOO del PO Sirai e PO CTO nel caso di ricoveri in sovrannumero.

6. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

6.1 DEFINIZIONI

RICOVERO IN APPOGGIO Ricovero che per mancanza di posto libero nel reparto di competenza viene inviato in altro reparto con posto letto libero;

LETTO BIS letto aggiunto che può essere un unico letto collocato in un ambiente in cui non è previsto (es. medicheria) oppure, un secondo letto in stanza singola oppure, un terzo letto in stanza doppia;

ADMISSION ROOM Area dedicata per i pazienti che, terminato il percorso di emergenza-urgenza al PS, e sono in attesa di essere inviati all'Unità Operativa di competenza clinica;

BOARDING Fenomeno che consiste nel tenere i pazienti su barelle in Pronto Soccorso, in attesa che si liberi un posto letto in reparto.

NEDOCS Acronimo di National Emergency Departement Overcrowding Study, viene ideato nel 2004 dall'Academy of Emergency Medicine per individuare attraverso un valore numerico, dunque oggettivo, il sovraffollamento de Pronto Soccorso.

FAST-TRACK Modello assistenziale che si applica ai pazienti in P.S. affetti da una patologia di pertinenza mono-specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, pediatria e ortopedia) cui, nella fase di Triage, è stata attribuita una codifica di urgenza minore.

PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI Patologie per le quali il fattore tempo costituisce un elemento determinante per la qualità e l'esito delle cure.

6.2 ABBREVIAZIONI

RSA Residenza Sanitaria Assistita.

U.O. Unità Operativa.

DMPO Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

MMG Medico di Medicina Generale.

LEA Livelli essenziali d'assistenza.

7. BED MANAGER E NUCLEO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEI RICOVERI

La Direzione strategica provvederà a nominare, con atto formale, il Bed Manager aziendale e il "Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri" coordinato dal Direttore sanitario o suo delegato e composto dai seguenti professionisti o dai loro delegati:

- Direttore Direzione Medica di Presidio;
- Direttore di Dipartimento di Area Medica;
- Direttori Unità Operativa Medicina Interna, ove non coincidente con il Direttore di Dipartimento di Area Medica;
- Direttore Direzione delle Professioni Sanitarie;
- Direttore del PS;
- Bed manager aziendale;
- Altri Direttori di Unità Operative identificati dalla Direzione aziendale, eventualmente consultabili anche di volta in volta in base alle esigenze.

Sarà compito del Bed Manager e del Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri, organizzare un insieme di azioni per facilitare, governare e verificare il flusso dei ricoveri.

- Gestire la risorsa "posto letto".

verifica in tempo reale della disponibilità dei posti letto;

indicazione dei tempi di ricovero attraverso un sistema di relazione continuo con le UUOO, supportato da un cruscotto per il monitoraggio.

- Gestire il piano delle dimissioni:

verifica della programmazione delle dimissioni e della continuità delle stesse nell'arco di tutta la settimana;

organizzazione di un sistema di dimissioni verso altri setting assistenziali (Post acuzie, Lungodegenza, Riabilitazione, Ospedali di Comunità, Case della Comunità, ecc...).

7.1 ADMISSION ROOM

Sarà garantita la presenza di una stanza/area di ricovero ("Admission Room"), con n. 8 poltrone letto, dedicata ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento.

7.2 FAST-TRACK (*percorso veloce*)

Si procederà all'introduzione dell'infermiere di Triage Fast-Track, che opererà all'interno della Sala Triage. Dopo la valutazione di triage, verificata la natura monospecialistica del problema, l'assenza dei criteri di esclusione, ed in presenza di segni/sintomi/dati anamnestici, rientranti tra i criteri di inclusione qui sopra elencati per le singole branche specialistiche, l'infermiere provvede al suo immediato invio allo specialista di pertinenza insieme alla richiesta di consulenza nella quale si evince la modalità Fast-Track.

8. MODALITÀ OPERATIVE DEL PIANO

Tutte le UU.OO. devono collaborare e mettere in atto le azioni finalizzate:

- a) al contenimento dei ricoveri e, laddove il ricovero fosse inevitabile,
- b) ad aumentare il numero di letti per far fronte a situazioni di sovraffollamento.

Nel primo caso occorre limitare il ricovero in ospedale alle sole patologie acute, e optare, ove possibile, per traslare le attività assistenziali in regime di DH/DS o ambulatoriale. Nel secondo caso occorre utilizzare e adibire a stanze di degenza tutti gli ambienti provvisti di gas medicali all'interno dei reparti e aumentare il numero di letti nel reparto, secondo una gradualità e organizzazione di seguito illustrate.

8.1 PROCESSO DEL RICOVERO

Il ricovero in regime di urgenza viene disposto dal Medico del Pronto Soccorso che, dopo aver visitato e studiato il paziente con gli esami laboratoristici e strumentali e/o con le eventuali consulenze specialistiche che riterrà opportuno praticare, lo invierà:

- in OBI per pertinenza o in area di isolamento esterna al PS, se di pertinenza;
- nel reparto specialistico di pertinenza, dopo chiamata telefonica dello stesso o di altro personale delegato e stabilizzazione del paziente. I medici del Pronto Soccorso dovranno prendere accordi con i colleghi dei reparti sulle tempistiche di invio dei pazienti, al fine di evitare invii troppo ravvicinati che non consentano di espletare le necessarie procedure per il ricovero dei pazienti.

Le procedure di ricovero dovranno essere avviate in orario diurno, nel rispetto dell'umanizzazione delle cure e della dignità del paziente, riservando i ricoveri notturni ai casi di effettiva emergenza-urgenza indifferibile.

Prima di procedere al ricovero soprannumerario, il Pronto Soccorso dovrà attivarsi per il trasferimento, come da procedura sui trasporti secondari vigente, presso altra struttura di ricovero per acuti, ove ritenuto percorribile anche valutando le condizioni del paziente e la distanza tra i nosocomi. Di tali tentativi dovrà essere tenuta traccia, così come alternativamente della motivazione per cui il dirigente medico di PS ritiene che il trasferimento non sia praticabile. I reparti dovranno invece dimettere i pazienti in orario mattutino, non oltre le ore 14.00, evitando dimissioni nel tardo pomeriggio salvo circostanze motivate e inderogabili. Dovranno altresì procedere alle dimissioni anche nei fine settimana e nei giorni festivi.

8.2 BOARDING IN PS DI PAZIENTI INTERNISTICI

In caso di boarding in PS di pazienti internistici si dovrà procedere per gradi come segue:

TABELLA N°1 -PIANO DI BOARDING IN PAZIENTI INTERNISTICI

FASE	Azione
1	Occupazione di tutti i letti di area medica disponibili
2	Attivazione letti soprannumerari nei reparti di degenza in area medica in base al quadro clinico secondo massimali specificati nella tabella 2
3a	Ricovero dei pazienti internistici in letti chirurgici, in appoggio
3b	Sospensione temporanea dei ricoveri programmati internistici
4	Sospensione temporanea dei ricoveri programmati chirurgici
5	Valutazione ulteriori misure emergenziali in condivisione con Direzione Sanitaria, Direzione Medica di Presidio (DMPO) e il Bed manager

FASE 1. dovranno essere occupati tutti i letti di area medica disponibili ordinariamente

FASE 2. dovranno essere attivati **letti soprannumerari nei reparti di degenza** in area medica in base al quadro clinico (per specialità o per affinità), nei massimali di seguito specificati (vedi tabella 2 e 3) e corrispondenti alle soluzioni logistiche effettivamente percorribili:

- S.C. Medicina Generale Sirai: massimo n. 3 letti aggiuntivi;
- S.C. Medicina Generale CTO: massimo n. 3 letti aggiuntivi;
- S.C. Cardiologia Sirai: massimo n.2 letti aggiuntivi;
- S.C. Neurologia Sirai: massimo n. 2 letti aggiuntivi;

U.O.	Posti letto (effettivi)	Letti soprannumerari attivabili	Numero massimo di pazienti in reparto
SC Medicina Generale	32	3	36
SC Neurologia	8	2	10
SC Cardiologia	12	2	14
		8	

TABELLA n°2 - LETTI SOVRANNUMERARI ATTIVABILI IN REPARTI INTERNISTICI SIRAI

U.O.	Posti letto (effettivi)	Letti sovranumerari attivabili	Numero massimo di pazienti in reparto
SC Medicina Generale	32	3	36
		3	

TABELLA n°3 - LETTI SOVRANUMERARI ATTIVABILI IN REPARTI INTERNISTICI CTO

Il medico di guardia del reparto ricevente, nel caso in cui non fosse più disponibile un posto letto per esaurimento totale degli stessi deve provvedere ad individuare una sistemazione alternativa sulla base delle condizioni cliniche del paziente all'interno del reparto e, laddove le condizioni logistiche lo consentano, deve:

- utilizzare i letti di DH, se presenti;
- predisporre letti/bis anche nelle aree di degenza semintensiva a seconda del caso clinico con le opportune precauzioni per pazienti e operatori;
- fare ricorso alla sistemazione di letti/ bis anche nelle medicherie/accettazioni di reparto o altre stanze di reparto;
- ricorrere alla sistemazione di letti/ bis nelle camere di degenza singole e/o doppie.

FASE 3a. Esaurita la possibilità di attivazione di letti sovranumerari nei reparti di degenza di area medica, si procederà al ricovero dei pazienti internistici in letti chirurgici, in appoggio alla S.C. Medicina Generale, qualora siano disponibili posti letto, per un massimo di n.2 ricoveri. Per i pazienti specialistici di sesso femminile (Neurologici, Oncologici) si procederà al ricovero in letti chirurgici di Ginecologia e Ostetricia del PO CTO per un massimo di n. 4 ricoveri in appoggio.

Il medico del PS, che ha disposto il ricovero, deve verificare in tempo reale la situazione di occupazione dei posti letto di tutti i reparti del Presidio ed indicare al medico accettante il ricovero, in quali UUOO sono disponibili posti letto. Il medico di guardia valuterà il paziente da inviare in appoggio sulla base delle condizioni cliniche, ovvero ricoverando fuori reparto pazienti in condizioni cliniche di stabilità. I pazienti ricoverati in appoggio dal punto di vista assistenziale saranno seguiti dal personale infermieristico del reparto ospitante mentre dal punto di vista gestionale clinico (visita quotidiana, controllo esami, prescrizione terapie, etc) dal medico del reparto /UO al quale è assegnato il ricovero. In caso di emergenza (per esempio, arresto cardiaco) dovrà comunque intervenire il Medico di Guardia del reparto ospitante per iniziare le necessarie manovre salvavita; il Medico di Guardia del reparto al quale è assegnato il ricovero verrà nel contempo immediatamente avvisato per intervenire.

FASE 3b. La Direzione Sanitaria contemporaneamente alla fase 3a sospenderà temporaneamente i ricoveri programmati internistici;

FASE 4. Qualora tutte le misure precedenti non dovessero essere sufficienti, la Direzione Sanitaria sospenderà temporaneamente anche i ricoveri programmati chirurgici, al fine di poter appoggiare ulteriori pazienti internistici nelle Chirurgie oltre il limite riportato al punto 3.

FASE 5. Qualora tutte le misure sopra esposte non dovessero essere sufficienti e dovesse comunque verificarsi una situazione di sovraffollamento critica, verranno valutate e attivate ulteriori misure emergenziali in condivisione con la Direzione Strategica e Direzione Medica di Presidio. Il ricorso agli appoggi o l'attivazione dei letti sovranumerari nei massimali indicati si devono ritenere preventivamente autorizzati dalla Direzione Sanitaria. Per quanto concerne gli appoggi, questi dovranno essere riassorbiti

prioritariamente rispetto all'eventuale riassorbimento dei ricoveri sovrannumerari in terzo letto, possibilmente entro 48 ore.

8.3 BOARDING DI PAZIENTI CHIRURGICI

Tale situazione, stante l'attuale andamento di richiesta di ricovero, non risulta frequente. In caso di boarding in PS di pazienti chirurgici in attesa di ricovero, si dovrà procedere per gradi come segue:

FASE	Azione
1	Occupazione di tutti i letti di area chirurgica disponibili
2	Attivazione letti sovrannumerari nei reparti di degenza in area chirurgica in base al quadro clinico secondo massimali specificati
3a	Ricovero dei pazienti chirurgici in letti internistici, in appoggio
3b	Sospensione temporanea dei ricoveri programmati chirurgici
4	Sospensione temporanea dei ricoveri programmati internistici
5	Valutazione ulteriori misure emergenziali in condivisione con Direzione Sanitaria, Direzione Medica di Presidio (DMPO) e il Bed manager

In caso di *boarding* in PS di pazienti chirurgici, al fine di evitare lo stazionamento in Pronto Soccorso di questi pazienti si dovrà procedere al ricovero sovrannumerario nel reparto di destinazione chirurgico, nei massimali di seguito specificati (vedi tabella 4 e 5):

- S.C. Chirurgia Sirai: massimo n. 2 letti aggiuntivi;
- S.C. Ortopedia e Traumatologia Sirai: massimo n.2 letti aggiuntivi;

U.O.	Posti letto (effettivi)	Letti sovrannumerari attivabili	Numero massimo di pazienti in reparto
SC Chirurgia Generale Sirai	24	2	26
SC Ortopedia e Traumatologia Sirai	18	2	20
		4	

TABELLA N°4 - LETTI SOVRANNUMERARI ATTIVABILI IN REPARTI CHIRURGICI SIRAI

U.O.	Posti letto (effettivi)	Letti sovrannumerari attivabili	Numero massimo di pazienti in reparto
SC Chirurgia Generale e Weeck Surgery CTO	8		
SSD Chirurgia Ortopedica specialistica CTO	8		

TABELLA N°5 - LETTI SOVRANNUMERARI ATTIVABILI IN REPARTI CHIRURGICI CTO

FASE 1. dovranno essere occupati tutti i letti di area chirurgica disponibili ordinariamente.

FASE 2. attivazione di letti sovranumerari nei reparti di degenza in area chirurgica in base al quadro clinico secondo massimali specificati.

Il medico di guardia del reparto ricevente, nel caso in cui non fosse più disponibile un posto letto per esaurimento totale degli stessi deve provvedere ad individuare una sistemazione alternativa sulla base delle condizioni cliniche del paziente all'interno del reparto e laddove le condizioni logistiche lo consentano deve:

- utilizzare i letti di DH se presenti;
- predisporre letti/bis anche nelle aree di degenza semintensiva a seconda del caso clinico con le opportune precauzioni per pazienti e operatori;
- fare ricorso alla sistemazione di letti/ bis anche nelle mediche/accettazioni di reparto o altre stanze di reparto qualora siano dotate di postazione per gas medicali;
- ricorrere alla sistemazione di letti/ bis nelle camere di degenza singole e/o doppie.

FASE 3. ricovero dei pazienti chirurgici in letti internistici, in appoggio.

I pazienti ricoverati in appoggio dal punto di vista assistenziale saranno seguiti dal personale infermieristico del reparto ospitante mentre dal punto di vista gestionale clinico, dal medico del reparto /UO al quale è assegnato il ricovero.

FASE 3b. La Direzione Sanitaria contemporaneamente alla fase 3a sospenderà temporaneamente anche i ricoveri programmati chirurgici.

FASE 4. Esauriti i posti letto sovranumerari per ogni branca chirurgica sopra individuata, la Direzione Sanitaria sospenderà temporaneamente i ricoveri programmati internistici al fine di poter appoggiare pazienti chirurgici nelle medicine, qualora siano disponibili posti letto, per un massimo di n. 3 ricoveri. A questo proposito, riveste particolare rilevanza strategica l'implementazione delle funzioni di Bed Management, orientate all'ottimizzazione dell'utilizzo della risorsa "posto letto" mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione.

FASE 5. Qualora tutte le misure sopra esposte non dovessero essere sufficienti e dovesse comunque verificarsi una situazione di sovraffollamento critica, verranno valutate e attivate ulteriori misure emergenziali in condivisione con la Direzione Strategica e Direzione Medica di Presidio.

Il ricorso agli appoggi o l'attivazione dei letti sovranumerari nei massimali indicati si devono ritenere preventivamente autorizzati dalla Direzione Sanitaria.

Per quanto concerne gli appoggi, questi dovranno essere riassorbiti prioritariamente rispetto all'eventuale riassorbimento dei ricoveri sovranumerari in terzo letto, possibilmente entro 48 ore

9. NOTIFICHE INTERNE ED ESTERNE

L'attivazione dei letti sovranumerari dovrà essere comunicata via mail dalle UU.OO. alla Direzione Sanitaria, alla Direzione Medica di Presidio e al Bed Manager con aggiornamento quotidiano degli appoggi e dei ricoveri sovranumerari.

9.1 COMUNICAZIONE ALLA CENTRALE OPERATIVA 118

I reparti che trattano patologie tempo dipendenti (Cardiologia e Neurologia) devono comunicare lo stato di sovraffollamento alla Centrale Operativa 118 sia per vie brevi (ai numeri **070 40747** o **800 175999**) che per

iscritto all'indirizzo e-mail co118cagliari@areus.sardegna.it, mettendo per conoscenza la Direzione Medica di Presidio all'indirizzo direzione.sirai@aslsulcis.it.

9.2 COMUNICAZIONE AI CITTADINI ED UMANIZZAZIONE

Saranno garantiti, già in Pronto Soccorso, gli aspetti fisici della malattia, e anche quelli psicologici, relazionali e sociali; ciò comporterà l'esigenza di conciliare le politiche di accoglienza, informazione e comfort con l'adozione di percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino, anche l'ausilio degli assistenti sociali.

Sarà pertanto, assicurata:

- la presenza di strumenti informativi e modalità di supporto all'attesa (monitor per informazione e intrattenimento nonché sistemi di chiamata dei familiari);
- il coinvolgimento del Volontariato;
- l'adozione di iniziative volte al miglioramento del benessere degli utenti e degli accompagnatori in attesa;
- l'identificazione di spazi per garantire idonea accoglienza a persone in condizioni di fragilità (vittime di violenza, bambini, etc.);
- la comunicazione delle modalità organizzative, definite nel presente piano, per la gestione del sovraffollamento (es. pubblicazione sul portale aziendale, carta dei servizi).

10. ASPETTI TECNO-LOGISTICI

Per supportare la criticità del sovraffollamento nei reparti e servizi occorre mettere in atto in urgenza le seguenti azioni:

- incrementare il numero di letti fisici;
- adeguare il fabbisogno di biancheria;
- adeguare il fabbisogno del vitto;
- incrementare frequenza delle pulizie dei reparti/servizi,
- adeguare la gestione dei rifiuti speciali (fabbisogno contenitori, frequenza fornitura e ritiro).

11. RISORSE UMANE IN CASO DI SOVRAFFOLLAMENTO

Dal punto di vista delle risorse umane risulta necessario intraprendere le seguenti azioni:

➤ adeguare le dotazioni organiche in servizio per far fronte al sovraffollamento e/o ad un'alta complessità clinica in reparto. Questo implica il necessario coinvolgimento della Direzione delle Professioni Sanitarie (in riferimento alla dotazione organica relativa al comparto) e dei Direttori delle UUOO di reparto per i dirigenti medici.

Si deve ricorrere alla:

- revisione dei turni di servizio dell'UO provvedendo ad un adeguamento in senso di aumento dell'organico in turno in orario diurno e notturno sia nei giorni feriali che festivi, dirigenti medici e comparto;
- attivazione degli istituti contrattuali (reperibilità attiva, ove prevista).

12. TRACCIABILITÀ DEL RICOVERO SOVRANNUMERARIO

L'attivazione di letti sovrannumerari deve avvenire con relativa configurazione sul sistema informatico, essa deve essere tracciata informaticamente ai fini della comunicazione del calcolo di attività e performance aziendali.

13. INAPPROPRIATEZZA RICOVERI

I reparti (per tramite dei loro Direttori) dovranno segnalare eventuali ricoveri ritenuti inappropriati. Tali segnalazioni dovranno essere indirizzate alla Direzione medica di Presidio, che provvederà ad analizzare le segnalazioni, svolgere, se ritenuto opportuno, audit mirati e inviare le risultanze al Direttore Sanitario. Gli Audit saranno orientati alla valutazione dei ricoveri ritenuti inappropriati e avranno lo scopo di sensibilizzare gli operatori sul miglioramento dei processi assistenziali e sulla conseguente esigenza di predisporre procedure, percorsi, protocolli per la gestione efficace di patologie ad alto impatto sulla organizzazione.

14. PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PAZIENTE RICOVERATO

Durante il ricovero per accelerare il percorso diagnostico terapeutico del paziente,

- Per il tempo necessario per superare la criticità del sovraffollamento di ricoveri, aumentare gli slot per pazienti ricoverati;
- Ricorrere agli esami in dimissione protetta, ove possibile;
- Individuare precocemente i casi sociali e richiedere fin dall'ingresso in reparto l'intervento dell'assistente sociale del Presidio al fine di velocizzare la dimissione;
- Attivare precocemente "l'Ufficio dimissioni difficili" della DMPO ed avviare le pratiche di trasferimento di pazienti stabilizzati che necessitano di proseguo dell'iter terapeutico in postacuzie, verso altri luoghi di cura per subacuti (Case di Cura/RSA ecc) o verso Ospedali periferici, previ accordi formali.

15. STESURA PROCEDURE GESTIONE BOARDING E DI GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO NEI REPARTI

Il Pronto Soccorso dovrà redigere una procedura dettagliata per la gestione del *boarding* che includa l'attivazione del presente Piano e tutti gli aspetti relativi al sovraffollamento del PS dovuto allo stazionamento di pazienti in attesa di ricovero. Ciascun reparto dovrà redigere una apposita procedura di gestione dei ricoveri sovranumerari e sovraffollamento delle degenze, che includa i criteri di collocazione logistica dei pazienti in esubero e le azioni specificamente volte alla mitigazione del rischio infettivo o comunque dei rischi correlabili al sovrannumero.

15.1 INDICATORI DI SOVRAFFOLLAMENTO

In attesa di ulteriori indicazioni da parte dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale che definiscano le modalità di "misurazione" del fenomeno in modo uniforme in tutti i PS regionali, si sperimenta in prospettiva, l'adozione dello strumento NEDOCS (acronimo di National Emergency Department Overcrowding Study), identificando, in base allo score ottenuto, tre diversi livelli di sovraffollamento:

- PS non affollato (score inferiore a 100),
- PS affollato (score 100-140),
- PS gravemente affollato (score > 140).

Per la corretta rilevazione degli scores del NEDOCS si fa riferimento alla formula che segue:

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

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

16. SISTEMA INFORMATIVO E ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

È necessario che il sistema informativo aziendale sia di supporto alla gestione dei ricoveri, in particolare siano visibili i posti letto realmente disponibili all'interno del presidio.

Le attività di monitoraggio dovranno prevedere:

- Ex ante. Indicatori idonei, in tempo reale, a prevedere situazioni di sovraffollamento, per l'attivazione del PGS
- Ex post. indicatori per migliorare e prevenire il fenomeno del sovraffollamento.

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

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

Si elencano di seguito altri possibili indicatori, statici, dinamici e dinamici temporali:

Statici:

- N° PL/barelle/box realmente presidiati in PS
- N° PL dell'ospedale a cui si può accedere

Dinamici:

- N° complessivo di pazienti in carico al PS
- N° pazienti critici in carico in PS
- N° pazienti in attesa di ricovero
- N° pazienti in attesa di prima visita (in riferimento ai codici di priorità)

Indicatori dinamici temporali:

- Tempo di attesa massimo per la prima visita
- Tempo di attesa massimo al ricovero

Ulteriori indicatori esterni al Pronto Soccorso da prendere in considerazione possono essere:

- degenza media delle unità operative in relazione al valore standard della degenza media nazionale
- tassi di occupazione dei posti letto.

BIBLIOGRAFIA

- D.P.R. 128/1969 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri." (GU Serie Generale n.104 del 23-04-1969 - Suppl. Ordinario), art. 14.
- D.Lgs. 1 dicembre 2009, n. 179: "Disposizioni legislative statali anteriori al 1° gennaio 1970, di cui si ritiene indispensabile la permanenza in vigore, a norma dell'articolo 14 della legge 28 novembre 2005, n. 246." (GU Serie Generale n.290 del 14-12-2009 - Suppl. Ordinario n. 234).
- Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. Ministero della Salute, 2019.
- Linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva – OBI. Ministero della Salute, 2019.
- Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. Ministero della Salute, 2019.
- D.M. n.70 del 02/04/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- DGR del 04 dicembre 2018, n. 59/1 Assistenza ospedaliera. Riconversione dell'offerta assistenziale degli ospedali pubblici e privati e ripartizione tendenziale dei posti letto tra i presidi ospedalieri afferenti alle aree omogenee Nord-ovest e Sud-est. Approvazione definitiva.
- DGR del 07 aprile 2022, n. 12/20 Emergenza Covid-19. Aggiornamenti alle deliberazioni della Giunta regionale n. 58/3 del 20.11.2020 "Recepimento e disposizioni per l'attuazione del Piano d'intervento di emergenza Covid-19" e n. 23/39 del 22.6.2021 "Emergenza Covid-19. Rimodulazione della dotazione di posti letto dedicati alla gestione dei pazienti affetti da SARS-COV2. Aggiornamento della deliberazione della Giunta regionale n. 58/3 del 20.11.2020".
- DGR del 03 gennaio 2023, n. 1/6 Aggiornamento della DGR n. 12/20 del 7.4.2022. Identificazione di posti letto dedicati alla gestione esclusiva dei pazienti affetti dalla malattia Covid-19 e indicazioni sulla gestione del ricovero di pazienti positivi al virus Sars-CoV-2. Aggiornamento della deliberazione della Giunta regionale n. 17/73 del 19.5.2022. Modalità di accesso alle strutture sanitarie e socio sanitarie.
- DGR del 16 marzo 2023, n. 10/23. Linee di indirizzo per il modello organizzativo per percorsi omogenei di Triage in Pronto Soccorso della Regione Autonoma della Sardegna.