

***PIANO DI CONTROLLO E GESTIONE DEL
SOVRAFFOLLAMENTO E BOARDING IN
PRONTO SOCCORSO
-Presidio Civile-***

Aggiornamento al 20/12/2025

1. Premessa

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria (AOU) consta di 3 Presidi ed eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime sia ambulatoriale che di ricovero ordinario medico e chirurgico, day surgery e day hospital, in elezione e in urgenza. Il Presidio SS. Antonio e Biagio – Ospedale Civile costituisce il punto di riferimento per le attività di 2° e 3° livello per tutto il Quadrante Sud Est del Piemonte ed è sede di DEA di II livello; svolge altresì attività come presidio ospedaliero di base per i cittadini residenti nel Distretto di Alessandria, in stretta collaborazione con i servizi territoriali.

Il Presidio Pediatrico – Cesare Arrigo è sede di DEA di I livello; inoltre, il Presidio Borsalino è centro di riferimento per il recupero e la riabilitazione funzionale di III livello.

Afferisce all'Azienda anche la Centrale operativa Emergenza 118 della Provincia di Alessandria con Base per Elisoccorso.

Infine, l'Azienda è sede del Corso di Laurea in Infermieristica, Fisioterapia e della Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia dell'Università del Piemonte orientale "Amedeo Avogadro".

L'Azienda Ospedaliera espleta la sua attività istituzionale nelle seguenti strutture operative:

- Presidio "Santi Antonio e Biagio" (Ospedale Civile), via Venezia 16, 15121 Alessandria;
- Presidio Ospedaliero Pediatrico "Cesare Arrigo" (Ospedale Infantile), Spalto Marengo 46, 15121 Alessandria;
- Centro Riabilitativo Polifunzionale Teresio Borsalino, P.le F. Ravazzoni, 3 (ex Via Forlanini 3), 15121 Alessandria;
- Poliambulatorio Ignazio Gardella, via Don Gasparolo 2, 15121 Alessandria;
- Centrale Operativa Emergenza 118 e base Elisoccorso, via T. Michel 65, 15121 Alessandria

I posti letto direttamente gestiti sono 658, ripartiti come di seguito dettagliato:

Posti letto	R.O.	D.H.
Presidio "SS. Antonio e Biagio"	427	74
Presidio "C. Arrigo"	69	9
Presidio "Borsalino"	73	6
	569	89

2. Definizioni e scopo del Piano di controllo e gestione del sovraffollamento e boarding in Pronto Soccorso

Il sovraffollamento (*overcrowding*) del Pronto Soccorso viene definito come una situazione in cui la richiesta di prestazioni supera la capacità di fornire assistenza di qualità in un lasso di tempo ragionevole (Derlet et al., 2001). Nel 2003 Asplin (Asplin et al., 2003) ha proposto un modello concettuale secondo il quale il sovraffollamento in PS si fonda su tre componenti tra loro intimamente interconnesse:

- 1) Fattore input: tale fattore fa riferimento ad un eccessivo e rilevante accesso di utenti al Pronto Soccorso, determinato negli ultimi anni dall'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento del numero di pazienti complessi, dall'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura e dalla difficoltà di trovare sul territorio risposte o setting diversi.
- 2) Fattore throughput: questo fattore è legato ai fattori interni strutturali e implica un rallentamento dei percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare nelle fasi diagnostiche, che necessitano della collaborazione di servizi specialistici.
- 3) Fattore output: si tratta di un fattore legato a percorsi di uscita e comprende sia la difficoltà a ricoverare per indisponibilità di posto letto (PL) nelle Unità Operative di destinazione, sia la difficoltà a dimettere i pazienti al termine dell'episodio di Pronto Soccorso, specialmente quelli in condizione di fragilità sul piano socio-sanitario.

Un *boarding* prolungato, ossia l'aumentata permanenza dei pazienti in PS già destinati al ricovero per indisponibilità del posto letto, contribuisce all'origine del sovraffollamento, che si associa a molteplici effetti indesiderati sia per gli utenti sia per gli operatori sanitari, quali:

- ridotta efficienza dei processi di valutazione e trattamento
- aumento di complicanze che implica un aumento di rischio di ricovero prolungato
- incremento dei tempi di attesa
- riduzione della tutela della riservatezza
- riduzione del livello di soddisfazione
- aumento del fenomeno dell'allontanamento da Pronto Soccorso prima del completamento dell'iter diagnostico
- riduzione della motivazione e della gratificazione degli operatori
- diminuzione delle capacità di rispondere alle emergenze
- aumento di incidenza del fenomeno di burn-out negli operatori
- aumento degli episodi di violenza subiti dagli operatori sanitari.

Il Piano di controllo e gestione del sovraffollamento e *boarding* in Pronto Soccorso ha, quindi, come scopo quello di identificare e definire gli interventi proattivi e reattivi per far fronte al sovraffollamento e al *boarding* al fine di garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in Ospedale in regime di urgenza.

3. Sigle e abbreviazioni

Si indicano le sigle che potranno essere utilizzate in luogo della definizione per esteso:

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
BI: Business Intelligence
BM: Bed Manager
CAVS: Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria
COT: Centrale Operativa Territoriale
CTV: Cardio-Toraco-Vascolare
DEA: Dipartimento Emergenza e Accettazione
DIPSA: Direzione delle Professioni Sanitarie
DMP: Direzione Medica dei Presidi
DM: Degenza Media
GIC: Gruppo Interdisciplinare Cure
GTP: Gruppo Tecnico Permanente
FT: Fast Track
NDCC: Nucleo Distrettuale Continuità delle Cure
NOCC: Nucleo Ospedaliero per la Continuità di Cure
OBI: Osservazione Breve Intensiva
PGS: Piano di Gestione del Sovraffollamento
PL: Posto Letto
PLD: Programmazione Livellata delle Dimissioni
PS: Pronto Soccorso
RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale
SC: Struttura Complessa
SO: Struttura Operativa
SS: Struttura Semplice
TI CCH: Terapia Intensiva Cardiochirurgica
TI Poli: Terapia Intensiva Polivalente
UO: Unità Operative

4. Gestione afflusso e prevenzione sovraffollamento

Al fine di gestire l'afflusso e prevenire il sovraffollamento è necessario prevedere alcuni interventi organizzativi a carattere proattivo e reattivo, oltre a mantenere un raccordo con il Territorio e specifici *alert* in grado di segnalare tempestivamente il sovraffollamento in PS. A tale scopo sono state intraprese le azioni esplicitate nei seguenti paragrafi.

4.1 Gruppo Tecnico Permanente (GTP)

Per la progettazione, il controllo e il monitoraggio del Piano Aziendale di sovraffollamento e dei ricoveri in area di degenza è stato istituito il GTP, nominato con delibera n.87 del 15/02/2023 e successiva integrazione, delibera n. 134 del 08/03/2023; esso è coordinato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Medico dei Presidi ed è composto dal Direttore di Dipartimento Internistico e emergenza e urgenza, dal Direttore di Dipartimento Chirurgico, dal Direttore della SC DIPSA, dal Direttore SC MECAU, dal Direttore SC Area Sviluppo Strategico Innovazione Organizzativa e ha il compito di:

- Definire, aggiornare e rivedere periodicamente le modalità e gli strumenti attuativi
- Definire la Programmazione Livellata delle dimissioni, la Programmazione Livellata Chirurgica e la Programmazione Livellata Cardio-Toraco-Vascolare
- Definire gli obiettivi strategici relativamente al flusso dei ricoveri ed alla costruzione ed attuazione delle strategie aziendali e sovra-aziendali per la gestione efficiente dei ricoveri.

4.2 Gestione afflusso e sovraffollamento - Interventi organizzativi a livello intra e interaziendale

Interventi proattivi:

L'Azienda ha attivato un modello integrato di gestione dei posti letto a livello Dipartimentale con la creazione di protocolli che regolano l'offerta di PL per i ricoveri in urgenza da DEA e protocolli che definiscono l'attività del Pronto Soccorso in regime ordinario e di sovraffollamento, inserendo numerosi interventi proattivi, risultato dell'analisi dei ricoveri, in particolare quelli prolungati. Tra le azioni intraprese vi sono: l'istituzione di una programmazione livellata delle dimissioni per ciascun Dipartimento, l'inserimento di un Infermiere di Flusso in DEA, l'implementazione dell'attività del Nucleo di BM, l'utilizzo del Fast Track in DEA, l'organizzazione di un Gruppo Interdisciplinari di Cure (GIC) che si occupano dei casi che necessitano di una gestione multidisciplinare. (vedasi Allegati)

Al fine di rendere più fruibile l'analisi dei flussi e migliorare la fruibilità dei dati, è stata creata una Piattaforma di Business Intelligence (BI) che permette attraverso cruscotti dedicati alle diverse Strutture di monitorare costantemente i principali fattori clinico-organizzativi e cinetici influenzanti la durata della degenza ed è di supporto al nucleo del bed management per il monitoraggio dei PL all'interno dei reparti e dei principali indicatori di *performance* del percorso.

Interventi reattivi:

Attuazione del Piano di Gestione Sovraffollamento (vedi Allegato)

Raccordo Ospedale e Territorio:

Sono stati presi accordi con l'Azienda Sanitaria Locale al fine di facilitare il flusso dei pazienti che non necessitano ricovero presso presidio HUB e nello specifico:

- ASL AL supporta l'Azienda fornendo, se disponibili, posti letto presso gli Ospedali Spoke per pazienti che necessitano cure di più bassa intensità

- È prevista la possibilità di dimissione presso CAVS, come definito anche nella DGR 6-5519 del 2013, con accesso diretto, senza valutazione dell'NDCC, durante il weekend per i pazienti provenienti da Pronto Soccorso.

4.3 Formazione

Sono previsti incontri periodici di condivisione e confronto con:

- i Direttori SC e i Coordinatori infermieristici del Dipartimento internistico e di urgenza con l'obiettivo di condividere l'analisi dei dati di monitoraggio estratti da Knowage¹, gli interventi proattivi attuati, le criticità esistenti e di individuare possibili ulteriori interventi organizzativi da mettere in atto;
- il nucleo di bed management, con l'obiettivo di condividere funzioni attribuite, modalità operative, strumenti e di individuare possibili integrazioni o modifiche a modalità operative e strumenti utilizzati;

4.4 Monitoraggi periodici e report di audit

Sono previste tre tipologie di monitoraggio:

- Monitoraggio giornaliero, effettuato dal nucleo bed management e dall'infermiere di flusso, del grado di affollamento in PS (indice NEDOCS) e del numero di posti letto dovuto da ciascun Reparto rispetto alla Programmazione Livellata delle Dimissioni.
- Monitoraggio settimanale online dei dati resi disponibili dall'SC ASSIO, relativi al debito informativo, agli esuberanti di ricoveri e agli indicatori di monitoraggio clinico-assistenziali e organizzativi (tempi di attesa, processi di *boarding*, degenza media, appoggi, dimissioni al mattino e nel weekend, tempi di attivazione delle dimissioni difficili, tempi di esecuzione delle consulenze, ecc.), nonché dei dati sulle degenze medie prolungate.
- Monitoraggio settimanale dei ricoveri che superano i 15 giorni di degenza, con invio di report alle SC/SS dalla SC ASSIO e richiesta di relazione, da parte della DMP, con disponibilità da parte di quest'ultima all'organizzazione di GIC e aiuto per problemi organizzativo-sociali alla dimissione.
- Monitoraggio mensile, effettuato dal GTP strategico sulla base dei dati di cui sotto.

¹ Sistema di BI Aziendale

Indicatori di input

Indicatore	Definizione	Razionale	Fonte Dati	Metodo di Calcolo	Frequenza Rilevazione	Target Atteso
Rispetto programmazione livellata SC/SS	Conformità a piani di attività equilibrati per SC/SS	Migliorare continuità operativa	Knowage	% rispetto programma	Settimanale	100%
Rispetto programmazione livellata per Dipartimento	Conformità a piani di attività equilibrati per SC/SS, a livello Dipartimento	Garantire equità tra strutture e migliorare continuità operativa	Knowage	% rispetto programmazione	Settimanale	100%

Indicatori di processo

Indicatore	Definizione	Razionale	Fonte Dati	Metodo di Calcolo	Frequenza Rilevazione	Target Atteso
Tempo di attesa	Tempo tra arrivo in PS e prima valutazione medica	Ridurre tempi di risposta per urgenze	Trakcare / PS	Media/mediana in minuti	Mensile	< 15 min per codici arancioni
Tempo processo	Durata del percorso del paziente in PS dalla prima visita alla dimissione/ricovero	Ottimizzare i flussi e ridurre congestione	Trakcare	Tempo medio da visita del medico a dimissione/ricovero	Mensile	< 6 ore
Tempo permanenza	Permanenza totale in PS, dal triage al ricovero/dimissione (compreso il boarding)	Misurare impatto organizzativo	Trakcare	Media in ore	Mensile	≤8 ore
Tempo di permanenza in OBI	Tempo medio in Osservazione Breve Intensiva	Usare correttamente l'OBI	Trakcare / PS	Media ore permanenza in OBI	Settimanale	< 36h
Accesso al PS	Numero di accessi in PS	Misurare pressione sul sistema	Knowage	Conteggio totale accessi	Giornaliera / mensile	Monitoraggio continuo

Inserimento data dimissione in Trakcare	% ricoveri con data dimissione prevista inserita	Supportare programmazione e dimissioni	Trakcare	% con data prevista inserita	Giornaliero	100%
--	--	--	----------	------------------------------	-------------	------

Indicatori di output

Indicatore	Definizione	Razionale	Fonte Dati	Metodo di Calcolo	Frequenza Rilevazione	Target Atteso
Degenza media area medica	Durata media ricovero pazienti area medica	Misurare efficienza gestione clinica	Knowage	Somma giorni / N° dimessi	Mensile	9 giorni
Ricoveri PS sul totale	pazienti ricoverati da PS	Identificare trend ricoveri da PS	Knowage	Ricoveri da PS / Totale Ricoveri	Mensile	andamento nel tempo
Ricoveri da PS in area medica	% ricoveri PS verso area medica	Valutare pressione su area medica	Knowage	Ricoveri da PS area medica / totale ricoveri in area medica	Mensile	andamento nel tempo
Rispetto trend giornaliero PS	Conformità a volumi programmati giornalieri	Migliorare distribuzione carichi	knowage	% rispetto volumi attesi	Settimanale	> 90%
Rispetto orario di dimissione	% dimissioni effettuate entro orario target ore 14.00	Facilitare disponibilità posti letto	Knowage	Dimissioni entro orario / Totale dimissioni	Settimanale	> 80%
Riduzione bed blocker	Riduzione % pz con degenza > 15 gg	Ridurre degenze inappropriate	SDO/Knowage	Degenza osservata vs attesa	Mensile	≥ 85% entro soglia

Indicatori di outcome

Indicatore	Definizione	Razionale	Fonte Dati	Metodo di Calcolo	Frequenza Rilevazione	Target Atteso
Tempo di boarding	Tempo tra decisione di ricovero e trasferimento in reparto	Ridurre stalli in PS	Trakcare	Media minuti tra decisione e trasferimento	Settimanale	≤ 2 ore
Tempo medio di boarding	Tempo medio tra decisione di ricovero e ricovero effettivo	Monitorare criticità di flusso	Trakcare	Media ore permanenza in <i>boarding</i>	Mensile	≤ 2 ore
Tempo medio di boarding per dipartimento	Tempo medio tra decisione di ricovero e ricovero effettivo, disaggregato per dipartimento	Identificare criticità specifiche	Trakcare	Media per Dipartimento in ore	Mensile	≤ 2 ore
Tempo medio di boarding per pazienti critici	Tempo medio tra decisione di ricovero e ricovero effettivo, per pazienti critici	Identificare criticità specifiche	Trakcare	Media in minuti per pazienti che sono stati ricoverati in TI	Mensile	≤ 2 ore
Appoggi in altra SC/SS stesso Dipartimento	Numero di pazienti ricoverati fuori UO di appartenenza	Misurare saturazione posti letto	Knowage	Conteggio appoggi	Giornaliero / mensile	Tendenza alla riduzione
Appoggi in altro Dipartimento	Numero di pazienti ricoverati fuori Dipartimento di appartenenza	Valutare criticità organizzative	Knowage	Conteggio appoggi	Giornaliero / mensile	Tendenza alla riduzione

Indicatori PS specifici

Tempo di attesa	Dalla registrazione al triage alla prima visita	Codice verde max 60' Codice azzurro max 2h Codice bianco max 4h
Tempo presa in carico paziente	Percentuale di pazienti presi in carico entro il tempo raccomandato, su totale pazienti per codice 2,3,4,5 al triage	Mensile
Appropriatezza nella gestione del paziente critico in PS	Tempo medio di boarding nei pazienti ricoverati in un letto monitorato (TI, TSI, UTIC, UTIR,..)	Mensile
Appropriatezza nella gestione post-triage	Percentuale di abbandoni durante l'attesa di presa in carico sul totale pazienti con codice 2 e 3	Mensile

Il report mensile è condiviso con:

- Gruppo GTP
- Direzione strategica
- DMP e Nucleo di bed manager
- Direzioni dei dipartimenti
- Direttori e coordinatori dei Servizi Diagnostici
- Strutture Complesse che ricevono ricoveri dal PS/DEA

5. Riferimenti normativi

- “Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del boarding” - Protocollo n. 00029489/2022 del 04/08/2022 e successivo aggiornamento DGR 23-6428 del 16/01/2023 prevede che ogni ASR definisca prioritariamente un progetto di controllo del boarding in PS/DEA a livello aziendale e specifico per ogni presidio.
- Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2021, n 7-3088 “Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso”
- Linee di Indirizzo Nazionali su Triage-OBI-Sovraffollamento (Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2019)
- DGR 6-5519 del 2013

6. ALLEGATI

- **Protocollo di Gestione PL Chirurgico**
- **Protocollo di Gestione PL Internistico**
- **Protocollo di Gestione PL Cardio-Toraco-Vascolare**
- **Protocollo Pronto Soccorso**
- **Protocollo PGS**
- **Patologie di confine**

ALLEGATO 1

OGGETTO: Percorso gestione Posti Letto – Dipartimento Chirurgico

Il presente documento definisce il **modello organizzativo di gestione dei Posti Letto (PL)** del Dipartimento Chirurgico della AOU di Alessandria.

Ex Atto Aziendale, «[omissis] sono finalità del Dipartimento [...] il coordinamento e la razionalizzazione dell'utilizzo [...] dei posti letto [...]». In particolare, il Dipartimento Chirurgico «assicura interventi diagnostico-terapeutici, in regime ordinario/programmato e di emergenza urgenza [...] ed è organo di supporto [...] al Direttore Medico dei Presidi nell'organizzazione delle attività ospedaliere»; le strutture complesse (SC) «sono articolazioni dotate di elevato grado di autonomia decisionale ed operativa [...] di rilevanti risorse – ivi compresi i PL – ed operano nell'ambito dei principi, delle direttive generali e degli indirizzi operativi formulati dai livelli sovraordinati.»

Pertanto, il **governo dei PL** si configura come un processo organizzativo condiviso (**strutturale e funzionale**), che si attua nella relazione tra le Strutture di ricovero (Complesse – SC e Semplici – SS) ed il Dipartimento di afferenza, dove il livello dipartimentale rappresenta lo snodo decisionale volto a garantire la risoluzione delle criticità di programmazione e gestionali. Il nuovo modello organizzativo si fonda sulla rigorosa applicazione di processi esistenti, ovvero il **planning chirurgico settimanale**, la pianificazione delle dimissioni secondo il decalogo aziendale delle dimissioni e sull'introduzione di nuove modalità di determinazione dell'offerta dei PL per l'urgenza (di seguito denominata **Programmazione Livellata Chirurgica**) e della loro gestione dipartimentale.

In breve, nella programmazione settimanale dell'attività elettiva di ciascuna SC/SS Chirurgica, il Dipartimento interviene nell'ambito del Gruppo Strategico di programmazione dell'Attività Chirurgica per garantirne la sostenibilità in funzione dei PL disponibili e supervisiona il processo giornaliero di dimissione che ogni SC/SS elabora. La **Programmazione Livellata Chirurgica** definisce il numero di PL che giornalmente (compresi festivi e fine settimana) deve essere reso disponibile per soddisfare la domanda in urgenza. Tali PL devono essere garantiti da ciascuna SC/SS al netto del numero di PL riservati per la chirurgia in elezione e vanno a costituire un **pool dipartimentale** cui dovranno attingere le SC/SS per i ricoveri in urgenza. Tale pool viene definito annualmente sulla base dell'analisi dei flussi di ricovero in urgenza diurna e notturna dell'anno precedente e per l'anno 2025 è stato quantificato in nove (9) PL: di questi, tre (3) PL sono destinati alle Strutture prive di PL di degenza e come riserva cui attingere in caso di saturazione dei PL delle altre Strutture. Nel dettaglio, il pool viene costituito con il seguente schema di conferimento di PL:

- SSD Chirurgia d'Urgenza: 1 PL
- SC Neurochirurgia: 3 PL
- SC Ortopedia: 3 PL
- SSCC Otorino-Urologia: 2 PL

In caso di impedimenti oggettivi al rispetto della Programmazione Livellata Chirurgica da parte della SC/SS, è compito dei Direttori delle SC/SS (o loro delegati), coadiuvati dal Nucleo di BM, individuare presso le altre Strutture dipartimentali i PL necessari alla ricostituzione del pool di letti previsto; se acclarata la non sostenibilità dipartimentale della Programmazione Livellata Chirurgica, il Direttore di Dipartimento potrà completare il pool di PL ricorrendo all'eventuale disponibilità del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, ove questo non fosse possibile rimodulerà la programmazione dei ricoveri elettivi del Dipartimento così da garantire il soddisfacimento della Programmazione Livellata Chirurgica.

Viceversa, al netto di ricoveri programmati e della Programmazione Livellata Chirurgica, i PL sovrannumerari dovranno essere messi a disposizione del DEA per eventuali ricoveri di altri Dipartimenti a discrezione del Medico di DEA.

Giornalmente i pazienti verranno ricoverati in urgenza utilizzando i PL stabiliti dalla Programmazione Livellata Chirurgica come segue:

- 1) Il paziente ricoverato in regime di urgenza deve essere allocato presso la SC/SS di pertinenza (per i reparti senza PL di degenza di norma presso SC Neurochirurgia, SC Ortopedia, SC Otorino-Urologia) e, comunque, dove indicato dal medico di DEA. A tal fine si precisa che la consulenza specialistica non costituisce fattore vincolante l'assegnazione del reparto di ricovero e che la decisione della SC/SS di ricovero, in caso di patologie di confine, sarà in capo al Medico di DEA come da protocollo aziendale; tali ricoveri non sono da considerarsi appoggi.
- 2) A seguito della decisione del ricovero, il Medico di DEA avviserà telefonicamente il Medico di Reparto dell'arrivo del paziente. Il ricovero da DEA diventerà cogente dopo 2 ore di *Boarding*, anche attraverso l'invio del paziente in barella in attesa che il PL venga liberato. Il monitoraggio delle 2 ore viene effettuato mediante applicativo aziendale dall'Infermiere Flussista / il Bed Manager?
- 3) In caso di saturazione dei PL dedicati presso la SC/SS di pertinenza, anche tenendo conto delle patologie di confine, il paziente verrà ricoverato in primis nell'ambito del Dipartimento, andando ad occupare i PL rimasti liberi nelle altre Strutture, effettuando un appoggio. In caso di indisponibilità di PL nel Dipartimento e con indice NEDOCs ≥ 141 , il paziente verrà ricoverato in appoggio nell'ambito di un altro Dipartimento come indicato dal Medico di DEA. È compito del Dirigente Medico assegnatario decidere se appoggiare su questo PL il paziente entrante, trasferirne uno già ricoverato o attivare un PL temporaneo (barella), se necessario.
- 4) Se presente un paziente in appoggio, è compito del Direttore della SC/SS appoggiante provvedere al tempestivo riassorbimento dello stesso, anche attraverso l'eventuale rimodulazione dei ricoveri elettivi; tale azione diventerà cogente e vincolante dopo un giorno di appoggio presso altra Struttura.
- 5) I pazienti ricoverati in ambito internistico, che necessitino di procedura chirurgica/interventistica urgente, devono avere priorità di presa in carico e trasferimento presso il Reparto chirurgico rispetto ai ricoveri programmati.
- 6) Durante la programmazione dei ricoveri elettivi la SC/SS deve tenere conto dei pazienti da trasferire dalla Terapia Intensiva Polivalente (TI Poli), il cui trasferimento diventerà cogente, nella stessa giornata della richiesta, qualora la TI Poli si trovasse con 10 PL occupati su 12. In assenza di pazienti trasferibili dalla TI Poli, avendo saturato già 10 PL su 12, dovrà essere riprogrammata l'attività chirurgica elettiva che richiede periodo di osservazione intensivo al fine di riservare i PL per le urgenze, avvisando il nucleo di Bed Management (BM). A saturazione dei 12 PL, in presenza di ulteriori urgenze, verrà attivato il 13° PL (sovrannumerario). In situazioni emergenziali, in seguito a disposizione della DMP e comunicazione con il DIPSA, potrà essere aperta la sala risveglio del Blocco Operatorio Nuovo, previa convocazione del personale reperibile.

Durante il ricovero devono essere applicate le seguenti azioni clinico-organizzative di efficientamento della degenza del Reparto.

- 1) Il piano di gestione clinica dei pazienti deve essere sviluppato entro 24 ore dal ricovero indicando entro 48 ore dall'ingresso la data presunta di dimissione o trasferimento; il piano va riesaminato quotidianamente, segnalando al Bed Manager e alla DMP (in caso di problematiche sociali anche al Servizio Sociale Aziendale) eventuali criticità
- 2) Le dimissioni devono essere effettuate in fascia mattutina e comunque entro le 14 ed i trasferimenti vanno concordati entro le ore 10 comunicandolo al BM

- 3) Le attività propedeutiche alla dimissione in CAVS, RSA, Hospice, DGR 24 devono essere organizzate almeno 72 ore prima della data di dimissione, con l'attivazione tempestiva del Nucleo Ospedaliero di Continuità di Cure (NOCC) per inviare in altri setting alternativi all'Ospedale i pazienti non dimissibili al domicilio, nonché l'attivazione delle cure domiciliari.
- 4) Definita la necessità di prosecuzione delle cure presso Strutture Riabilitative, deve essere identificata dal Dirigente Medico di Struttura la finestra temporale del potenziale trasferimento (data \pm 3 giorni) che va comunicata al Nucleo di BM, il quale provvederà a verificare la sostenibilità organizzativa per la finestra indicata in primis presso la Struttura Riabilitativa Aziendale (Borsalino); in caso affermativo deve essere prenotato il PL. Se vi fosse indisponibilità di PL per il periodo di trasferimento richiesto o condizioni cliniche del paziente non congrue con le capacità ricettive del Borsalino, devono essere presi accordi con altre Strutture Riabilitative. Il Nucleo di BM dovrà tenere sempre attenzionato il percorso del paziente ed in caso di variazioni cliniche o di mutamento della disponibilità del PL, ne deve dare immediata segnalazione, al fine di riprogrammare il trasferimento successivamente o presso altra Struttura.

Pertanto, entrando nel dettaglio delle funzioni coinvolte nel processo, il **Direttore di Dipartimento Chirurgico** assicura il rispetto della Programmazione Livellata Chirurgica e sovrintende il processo di gestione dipartimentale dei PL dell'urgenza. Garantisce, inoltre, la programmazione dei PL per l'attività elettiva e quella per le urgenze delle specialità chirurgiche sprovviste di PL (SC Oculistica, SC Chirurgia Plastica, SSD Terapia del Dolore).

Il **Direttore della SC/SS** dotata di PL è responsabile della programmazione e gestione dell'attività elettiva nel rispetto del debito di PL previsto dalla Programmazione Livellata Chirurgica ed è parte attiva nell'attuazione del processo dipartimentale di gestione PL dell'urgenza. Ogni Direttore di SC/SS con o senza PL deve garantire la sostenibilità della attività della propria Struttura in termini di bilanciamento tra ingressi e dimissioni e partecipare al Planning chirurgico settimanale.

Il **Dirigente Medico di Struttura** è il responsabile clinico di ammissioni (massimo 2 ore di *Boarding*) e dimissioni (entro le ore 14) nel rispetto giornaliero della Programmazione Livellata Chirurgica. Nell'ambito dell'urgenza dovrà ricevere i pazienti inseriti in *Boarding* dal Medico del DEA; una volta saturati i PL nella propria SC/SS, utilizzerà i PL dipartimentali per le urgenze (appoggi), valutando se utilizzare il PL per il paziente entrante, trasferirne uno già ricoverato oppure attivare un PL temporaneo (barella). Per ogni paziente ricoverato, indipendentemente dal regime di ricovero (urgente o programmato), dovrà indicare sulla piattaforma Trakcare la data presunta di dimissione e provvedere a modificarla laddove sopraggiungessero fattori clinici e/o organizzativi impediti, dandone immediata comunicazione ai diversi livelli del processo.

Il **Coordinatore di SC/SS** è il responsabile organizzativo dei ricoveri e delle dimissioni dei pazienti. Supervisiona l'effettivo inserimento della data presunta di dimissione sulla piattaforma Trakcare, nonché della sua eventuale modifica da parte del medico, dandone tempestiva comunicazione al BM. Entro le ore 15, deve confermare la ricostituzione dei PL dipartimentali al BM e provvedere a rendere indisponibili solo i PL destinati all'attività elettiva del giorno successivo sulla piattaforma Trakcare.

L'**Infermiere di SC/SS** trasmette al passaggio di consegne ogni informazione rilevante relativa ad ammissioni, dimissioni, trasferimenti e PL liberi; sostituisce, negli adempimenti sopra espressi, il Coordinatore quando non presente (notte e festivi).

Il **Medico di DEA** è responsabile dell'inquadramento del paziente, a tal fine individua la SC/SS di ricovero nel rispetto rigoroso dei protocolli aziendali, quale decisore ultimo dei ricoveri in applicazione del protocollo sulle patologie di confine, dei diversi percorsi socioassistenziali, così come da PGS, e comunque in ogni situazione

controversa; ha inoltre il compito di inserire in *Boarding* i pazienti come da protocollo. In prossimità del termine del proprio turno lavorativo, deve dimettere i pazienti non necessitanti di prosieguo delle cure e lasciare consegne puntuali e precise al collega montante relativamente ai pazienti con iter ancora non terminato

L'**Infermiere Flussista di DEA** sovrintende il percorso organizzativo dei pazienti, facilitando gli snodi critici quali le tempistiche di espletamento delle consulenze specialistiche e degli esami strumentali in PS, rappresentando al Medico di DEA l'avanzamento degli stessi, informandoli della presenza degli esiti. Facilita, quindi, il ricovero dei pazienti in *Boarding* e le dimissioni da parte del Medico di DEA. A tal fine trasmette ogni informazione rilevante all'IFO BM o IFO DIPSA.

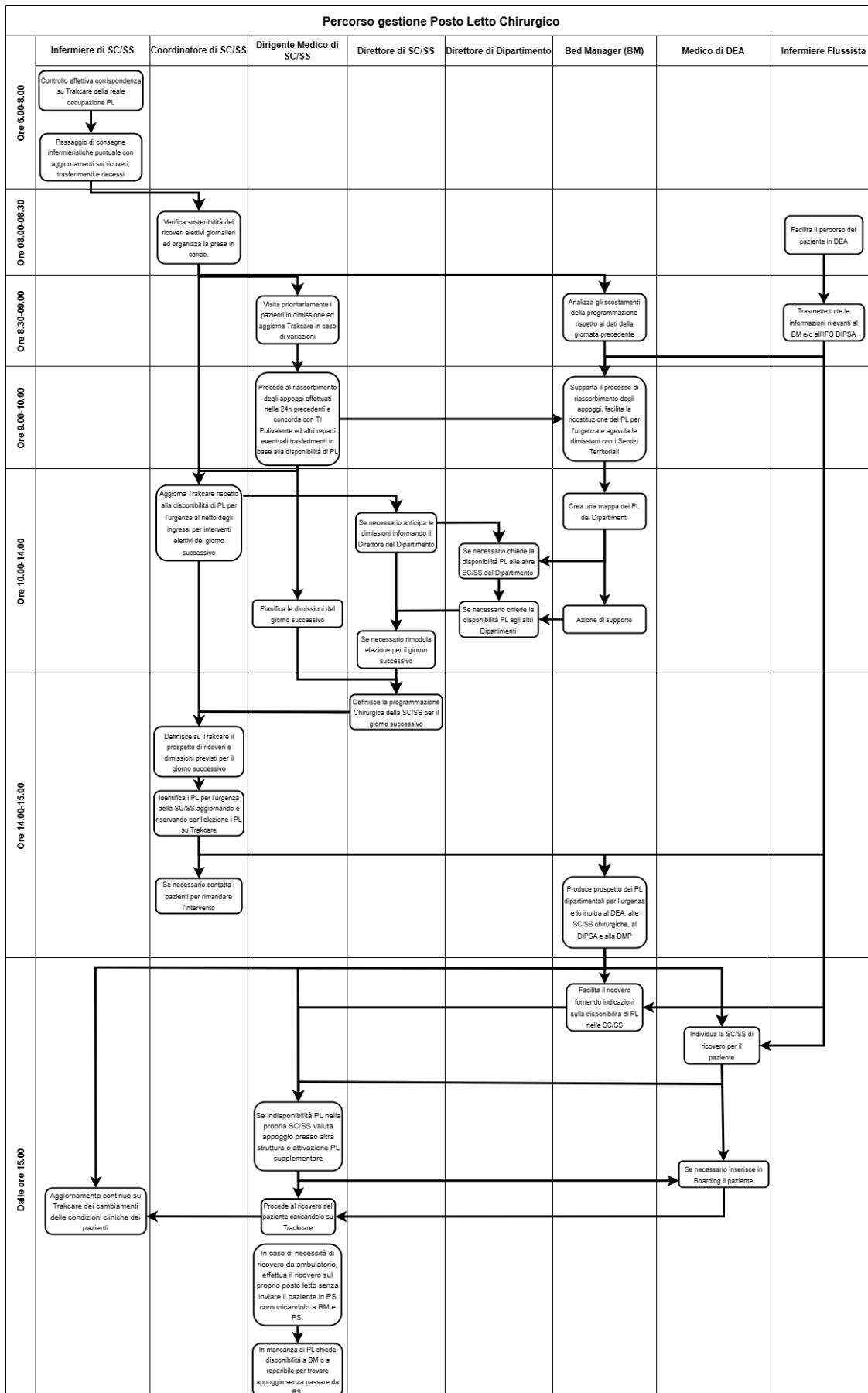
L'**IFO Bed Manager** monitora attivamente il processo di ricovero e di dimissione, sia per quanto attiene l'attività elettiva, sia per quanto concerne l'emergenza, garantendo la trasmissione tempestiva delle informazioni tra i diversi livelli aziendali (DEA, SC/SS, Dipartimenti), individua i PL disponibili intra ed extra dipartimentali, organizza il ricovero dei pazienti, fornendo in continuo il quadro delle disponibilità al Medico di DEA, sollecitando se necessario i PL presso i Reparti. È compito del BM rendere disponibile al DEA i report delle Programmazioni Livellate, al fine di garantirne l'autonomia nel ricovero, anche in appoggio, al di fuori dell'orario di servizio del BM: per la Programmazione Livellata delle Dimissioni del Dipartimento Internistico al mattino entro le ore 10.00, per la Programmazione Livellata Chirurgica e CTV, invece, alle ore 15.00. In quanto NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) supporta attivamente le SC/SS nella gestione delle dimissioni difficili, fungendo da interfaccia con i NOCC, COT e NDCC territorialmente competenti. Per i casi connotati da criticità sociale collabora con il Servizio Sociale Professionale Aziendale per approdare a dimissioni protette.

L'**IFO DIPSA** rappresenta la funzione organizzativa in grado di coordinare il processo di Bed Management al di fuori delle ore di servizio del Nucleo.

Il **Dirigente Medico SCU Direzione Medica dei Presidi** rappresenta la funzione organizzativa sovraordinata ai processi dipartimentali. Viene informato quotidianamente delle azioni ordinarie intraprese per l'adempimento del debito di PL come da Programmazioni Livellate e coadiuva il Direttore di Dipartimento nella risoluzione di situazioni straordinarie di criticità. Ove necessario, collabora con il NOCC ed il Servizio Sociale Professionale Aziendale nel ruolo di facilitatore e catalizzatore nell'integrazione con il territorio per la gestione delle dimissioni.

Sintesi

Orario / Limite	Azione Richiesta	Responsabile	Obiettivo Strategico
72 Ore prima delle dimissioni da Reparto	Pianificazione NOCC	Medico di Reparto / Coordinatore	Avvio procedure per dimissioni protette (RSA, Hospice, CAVS).
Settimanale	Planning Chirurgico	Direttore SC / Direttore Dipartimento	Definizione degli interventi elettivi in base ai PL disponibili e alle disponibilità di sedute operatorie.
Entro ore 10:00	Accordo Trasferimenti	Medico di Reparto / Coordinatore	Concordare spostamenti interni e comunicare al Bed Manager.
Entro ore 12:00	Chiusura Clinica	Dirigente Medico di Struttura	Consegna lettera di dimissione per favorire l'uscita entro le 14.
Entro ore 14:00	Liberazione Fisica PL	Coordinatore / Infermiere di SC	Letto vuoto e sanificato per accogliere i ricoveri programmati.
Entro ore 15:00	Check-point Pool Urgenza	Coordinatore di SC/SS	Conferma ricostituzione dei 9 PL del pool al Bed Manager.
Entro ore 15:00	Aggiornamento Trakcare	Coordinatore / Medico	Blocco dei soli PL destinati all'attività elettiva del giorno dopo.
Max 120 Minuti	Limite <i>Boarding</i>	Medico DEA / Medico Reparto	Trasferimento cogente del paziente da DEA in reparto.
Data ± 3 Giorni	Finestra Riabilitativa	Medico di Reparto / Bed Manager	Flessibilità per il trasferimento programmato verso il Borsalino.



ALLEGATO 2

OGGETTO: Percorso gestione Posti Letto – Dipartimento Internistico e di Emergenza-Urgenza.

Il presente documento definisce il **modello organizzativo di gestione dei Posti Letto (PL)** del Dipartimento Internistico e di Emergenza-Urgenza della AOU di Alessandria.

Ex Atto Aziendale, «[omissis] al Dipartimento strutturale compete il Coordinamento organizzativo, ai fini clinico-assistenziali, delle strutture complesse e delle strutture semplici a valenza dipartimentale afferenti al Dipartimento. In particolare, il Dipartimento strutturale Internistico e di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DIEA) assicura interventi diagnostico-terapeutici, in regime di ricovero ordinario/programmato e di emergenza urgenza, [omissis] avvalendosi secondo necessità delle strutture specialistiche presenti nell’Azienda. [...] È organo di supporto [...] al Direttore Medico dei Presidi nell’organizzazione delle attività ospedaliere» e le strutture complesse (SC) «sono articolazioni dotate di elevato grado di autonomia decisionale ed operativa [...] di rilevanti risorse – ivi compresi i PL – ed operano nell’ambito dei principi, delle direttive generali e degli indirizzi operativi formulati dai livelli sovraordinati.»

Pertanto, il **governo dei PL** si configura come un processo organizzativo condiviso (**strutturale e funzionale**), che si attua nella relazione tra le Strutture di ricovero (Complesse – SC e Semplici – SS) ed il Dipartimento di afferenza, dove il livello dipartimentale rappresenta lo snodo decisionale volto a garantire la risoluzione delle criticità di programmazione e gestionali. Il modello organizzativo si fonda sulla rigorosa applicazione dei processi esistenti, ovvero la pianificazione delle dimissioni secondo il decalogo aziendale delle dimissioni e la Programmazione Livellata delle Dimissioni. La **Programmazione Livellata delle Dimissioni** definisce il numero di PL che giornalmente (compresi festivi e fine settimana) deve essere reso disponibile per soddisfare la domanda di ricoveri in urgenza. Tali PL devono essere garantiti da ciascuna SC/SS al netto del numero di PL riservati per ricoveri programmati e/o trasferimenti da altre Strutture. Tale pool viene definito annualmente sulla base dell’analisi dei flussi di ricovero in urgenza diurna e notturna dell’anno precedente e per l’anno 2025 è stato determinato il seguente schema settimanale di conferimento:

	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	DOM	TOT
Geriatrics *	2	2	2	2	3	2	2	15
Malattie Infettive	2	2	2	2	2	2	2	14
Medicina Interna	4	3	4	3	4	3	3	24
MeCAU	2	2	2	2	2	2	2	14
Nefrologia	0	1	0	1	0	1	0	3
Neurologia	2	1	2	1	2	2	1	11
Gastroenterologia	1	1	0	1	1	0	1	5
Oncologia	1	1	1	1	1	1	1	7
Malattie Apparato Respiratorio	2	2	2	2	2	1	1	12
Terapia Semintensiva	1	1	1	1	1	1	1	7
TOTALE	17	16	16	16	18	15	14	112

* La SC Geriatrics appartiene al Dipartimento di Riabilitazione strutturale, tuttavia, per la PLD partecipa al conferimento dei PL con il Dipartimento Internistico.

In caso di impedimenti oggettivi al rispetto della Programmazione Livellata delle Dimissioni da parte della SC/SS è compito dei Direttori delle SC/SS (o loro delegati), coadiuvati dal Nucleo di BM, individuare presso le altre Strutture dipartimentali i PL necessari alla ricostituzione del pool di letti previsto; se acclarata la non sostenibilità

dipartimentale della Programmazione Livellata delle Dimissioni, il Direttore di Dipartimento potrà completare il pool di PL ricorrendo all'eventuale disponibilità del Dipartimento Chirurgico e Cardio-Toraco-Vascolare.

Giornalmente i pazienti verranno ricoverati in urgenza utilizzando i PL stabiliti dalla Programmazione Livellata delle Dimissioni come segue:

- 1) Il paziente ricoverato in regime di urgenza deve essere allocato presso la SC/SS di pertinenza e, comunque, dove indicato dal medico di DEA. A tal fine si precisa che la consulenza specialistica non costituisce fattore vincolante l'assegnazione del reparto di ricovero e che la decisione della SC/SS di ricovero, in caso di patologie di confine, sarà in capo al Medico di DEA come da protocollo aziendale; tali ricoveri non sono da considerarsi appoggi.
- 2) A seguito della decisione del ricovero, il Medico di DEA avviserà telefonicamente il Medico di Reparto dell'arrivo del paziente. Il ricovero da DEA diventerà cogente dopo 2 ore di Boarding, anche attraverso l'invio del paziente in barella in attesa che il PL venga liberato.
- 3) In caso di saturazione dei PL dedicati presso la SC/SS di pertinenza, anche tenendo conto delle patologie di confine, il paziente verrà ricoverato in primis nell'ambito del Dipartimento, andando ad occupare i PL rimasti liberi nelle altre Strutture, effettuando un appoggio. In caso di indisponibilità di PL nel Dipartimento e con indice NEDOCS ≥ 141 , il paziente verrà ricoverato in appoggio nell'ambito di un altro Dipartimento come indicato dal Medico di DEA. È compito del Dirigente Medico assegnatario decidere se appoggiare su questo PL il paziente entrante, trasferirne uno già ricoverato o attivare PL temporaneo (barella), se necessario.
- 4) Se presente un paziente in appoggio, è compito del Direttore della SC/SS appoggiante provvedere al tempestivo riassorbimento dello stesso; tale azione diventerà cogente e vincolante dopo un giorno di appoggio presso altra Struttura.
- 5) Il ricovero di pazienti nella SS OBI e Terapia Subintensiva (OBI-TS) può avvenire prevalentemente da DEA, per trasferimento da altri Reparti per acuti o per descalation dalla Terapia Intensiva Polivalente (TI Poli). In caso di occupazione di 7 PL di OBI-TS, al fine di garantire la piena operatività della Struttura, il Medico di OBI-TS individua i possibili pazienti trasferibili e attiva il nucleo di BM per la programmazione e si procede, comunque, alla progressiva occupazione dei PL. Ad avvenuta occupazione di 9 PL su 9 gli eventuali trasferimenti in predicato diventano cogenti e da effettuarsi anche in appoggio, con PL sovrannumerari (barelle) o bloccando i ricoveri elettivi. Contestualmente verrà data tempestiva comunicazione al reperibile DMP.
- 6) L'accoglimento in Reparto di pazienti provenienti da TI Poli è prioritario e diventa cogente quando la TI Poli si trova ad un livello di saturazione di 10 PL su 12. Il Reparto accettante deve dimettere ulteriori pazienti, laddove possibile, o appoggiare un altro paziente presso altra SC/SS per accogliere il paziente proveniente dalla TI Poli. In assenza di pazienti trasferibili dalla TI Poli, avvisato il Nucleo di Bed Management, si procederà a progressiva occupazione dei PL e, ad avvenuta saturazione di 12 PL su 12, dovrà esserne data tempestiva comunicazione al reperibile DMP e se necessario si occuperà il 13° PL (sovrannumerario). In situazioni emergenziali, in seguito a disposizione della DMP e comunicazione con il DIPSA, potrà essere aperta la sala risveglio del Blocco Operatorio Nuovo, previa convocazione del personale reperibile.

Durante il ricovero devono essere applicate le seguenti azioni clinico-organizzative di efficientamento della degenza delle SC/SS.

- 1) Il piano di gestione clinica dei pazienti deve essere sviluppato entro 24 ore dal ricovero indicando entro 48 ore dall'ingresso la data presunta di dimissione o trasferimento; il piano va riesaminato quotidianamente, segnalando al Bed Manager e alla DMP (in caso di problematiche sociali anche al Servizio Sociale Aziendale) eventuali criticità

- 2) Le dimissioni devono essere effettuate in fascia mattutina e comunque entro le 14 e i trasferimenti vanno concordati entro le ore 10 comunicandolo al BM
- 3) Le attività propedeutiche alla dimissione in CAVS, RSA, Hospice, DGR 24 devono essere organizzate almeno 72 ore prima della data di dimissione, con l'attivazione tempestiva del Nucleo Ospedaliero di Continuità di Cure (NOCC) per inviare in altri setting alternativi all'Ospedale i pazienti non dimissibili al domicilio, nonché l'attivazione delle cure domiciliari.
- 4) Definita la necessità di prosecuzione delle cure presso Strutture Riabilitative, deve essere identificata dal Dirigente Medico di Struttura la finestra temporale del potenziale trasferimento (data \pm 3 giorni) che va comunicata al Nucleo di BM, il quale provvederà a verificare la sostenibilità organizzativa per la finestra indicata in primis presso la Struttura Riabilitativa Aziendale (Borsalino); in caso affermativo deve essere prenotato il PL. Se vi fosse indisponibilità di PL per il periodo di trasferimento richiesto o condizioni cliniche del paziente non congrue con le capacità ricettive del Borsalino, devono essere presi accordi con altre Strutture Riabilitative. Il nucleo di BM dovrà tenere sempre attenzionato il percorso del paziente ed in caso di variazioni cliniche o di mutamento della disponibilità del PL, ne deve dare immediata segnalazione, al fine di riprogrammare il trasferimento successivamente o presso altra Struttura.

Pertanto, entrando nel dettaglio delle funzioni coinvolte nel processo, il **Direttore del Dipartimento Internistico e di Emergenza-Urgenza** assicura il rispetto della Programmazione Livellata delle Dimissioni e sovrintende il processo di gestione dipartimentale dei PL.

Il **Direttore della SC/SS** dotata di PL è responsabile della programmazione e gestione dell'attività nel rispetto del debito di PL previsto dalla Programmazione Livellata delle Dimissioni ed è parte attiva nell'attuazione del processo dipartimentale di gestione PL. Ogni Direttore di SC/SS deve garantire la sostenibilità della attività della propria Struttura in termini di bilanciamento tra ingressi e dimissioni.

Il **Dirigente Medico di Struttura** è il responsabile clinico di ammissioni (massimo 2 ore di *Boarding*) e dimissioni (entro le ore 14) nel rispetto giornaliero della Programmazione Livellata delle Dimissioni. Nell'ambito dell'urgenza dovrà ricevere i pazienti inseriti in *Boarding* dal Medico del DEA; una volta saturati i PL nella propria SC/SS, utilizzerà i PL dipartimentali per le urgenze (appoggi), valutando se utilizzare il PL per il paziente entrante, trasferirne uno già ricoverato oppure attivare un PL temporaneo (barella). Per ogni paziente ricoverato, indipendentemente dal regime di ricovero (urgente o programmato), dovrà indicare sulla piattaforma Trakcare la data presunta di dimissione e provvedere a modificarla laddove sopraggiungessero fattori clinici e/o organizzativi impedenti, dandone immediata comunicazione ai diversi livelli del processo.

Il **Coordinatore di SC/SS** è il responsabile organizzativo dei ricoveri e delle dimissioni dei pazienti. Supervisiona l'effettivo inserimento della data presunta di dimissione sulla piattaforma Trakcare, nonché la sua eventuale modifica da parte del medico e ne dà tempestiva comunicazione al BM. Entro le ore 10 deve comunicare al Nucleo di BM i PL disponibili, secondo Pianificazione Livellata delle Dimissioni.

L'**Infermiere di SC/SS** trasmette al passaggio di consegne ogni informazione rilevante relativa ad ammissioni, dimissioni, trasferimenti e PL liberi; sostituisce, negli adempimenti sopra espressi, il Coordinatore quando non presente (notte e festivi).

Il **Medico di DEA** è responsabile dell'inquadramento del paziente e a tal fine individua la SC/SS di ricovero nel rispetto rigoroso dei protocolli aziendali, quale decisore ultimo dei ricoveri in applicazione del protocollo sulle patologie di confine, dei diversi percorsi socioassistenziali, così come da PGS, e comunque in ogni situazione controversa; ha inoltre il compito di inserire in *Boarding* i pazienti come da protocollo.

In prossimità del termine del proprio turno lavorativo, deve dimettere i pazienti non necessitanti di prosieguo delle cure e lasciare consegne puntuali e precise al collega montante relativamente ai pazienti con iter ancora non terminato.

L'**Infermiere Flussista di DEA** sovrintende il percorso organizzativo dei pazienti, facilitando gli snodi critici quali le tempistiche di espletamento delle consulenze specialistiche e degli esami strumentali in PS, rappresentando al Medico di DEA l'avanzamento degli stessi, informandoli della presenza degli esiti. Facilita, quindi, il ricovero dei pazienti in *Boarding*, le dimissioni da parte del Medico di DEA. A tal fine trasmette ogni informazione rilevante all'IFO Bed Manager o IFO DIPSА.

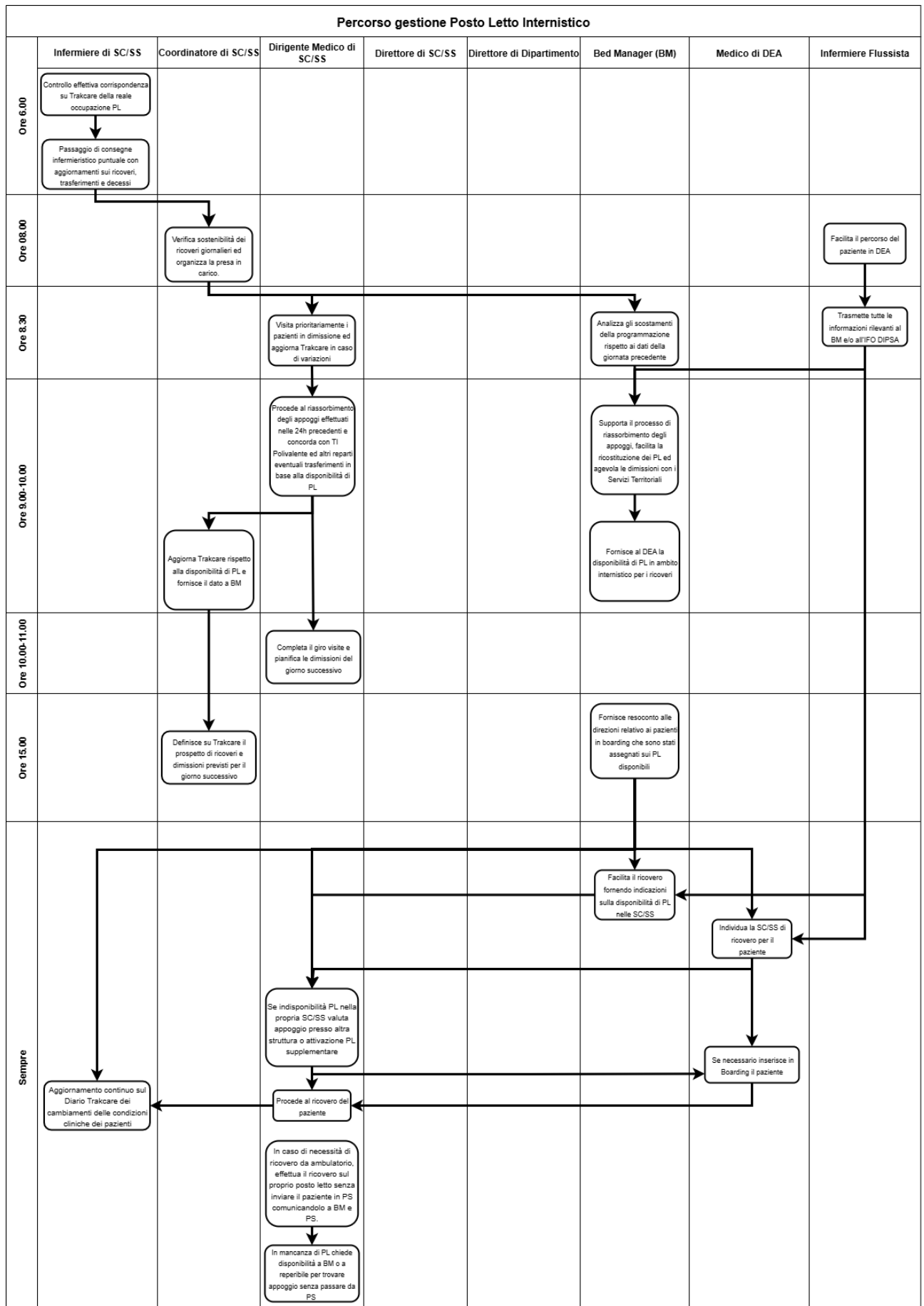
L'**IFO Bed Manager** monitora attivamente il processo di ricovero e di dimissione sia per quanto attiene l'attività elettiva sia per quanto concerne l'emergenza, garantendo la trasmissione tempestiva delle informazioni tra i diversi livelli aziendali (DEA, SC/SS, Dipartimenti), individua i PL disponibili intra ed extra dipartimentali, organizza il ricovero dei pazienti, fornendo in continuo il quadro delle disponibilità al Medico di DEA, sollecitando se necessario i PL presso i Reparti. È compito del BM rendere disponibile al DEA i report delle Programmazioni Livellate, al fine di garantirne l'autonomia nel ricovero, anche in appoggio, al di fuori dell'orario di servizio del BM: per la Programmazione Livellata delle Dimissioni del Dipartimento Internistico al mattino entro le ore 10.00, per la Programmazione Livellata Chirurgica e CTV invece alle ore 15.00. In quanto NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) supporta attivamente le SC/SS nella gestione delle dimissioni difficili, fungendo da interfaccia con i NOCC, COT e NDCC territorialmente competenti. Per i casi connotati da criticità sociale collabora con il Servizio Sociale Professionale Aziendale per approdare a dimissioni protette.

L'**IFO DIPSА** rappresenta la funzione organizzativa in grado di coordinare il processo di Bed Management al di fuori delle ore di servizio del Nucleo.

Il **Dirigente Medico SCU Direzione Medica dei Presidi** rappresenta la funzione organizzativa sovraordinata ai processi dipartimentali. Viene informato quotidianamente delle azioni ordinarie intraprese per l'adempimento del debito di PL come da Programmazione Livellata e coadiuva il Direttore di Dipartimento nella risoluzione di situazioni straordinarie di criticità. Ove necessario, collabora con il NOCC ed il Servizio Sociale Professionale Aziendale nel ruolo di facilitatore e catalizzatore nell'integrazione con il territorio per la gestione delle dimissioni.

Sintesi

Orario / Limite	Azione	Responsabile	Obiettivo Strategico
72 Ore prima delle dimissioni in reparto	Pre-allerta NOCC	Medico di Reparto / Coordinatore	Avvio pratiche per dimissioni verso RSA, CAVS o Hospice.
Data ± 3 Giorni	Finestra Riabilitativa	Medico di Reparto / Bed Manager	Flessibilità per il trasferimento programmato verso il Borsalino.
Entro ore 10:00	Accordo Trasferimenti	Medico / Coordinatore di SC	Definizione dei cambi di reparto e comunicazione PL al Bed Manager.
Entro ore 10:00	Report PLD Internistico	Bed Manager	Consegna al DEA dello stato dei letti per l'area medica.
Entro ore 12:00	Chiusura Lettere Dimissioni	Dirigente Medico Reparto	Consegna documentazione clinica al paziente per favorire l'uscita.
Entro ore 14:00	Liberazione Fisica PL	Coordinatore / Infermiere	Il letto deve essere vuoto e sanificato per i nuovi ingressi.
Entro ore 15:00	Report PLD Chirurgico	Bed Manager	Consegna al DEA dello stato dei letti per l'area chirurgica.
Max 120 Minuti	Limite Boarding	Medico DEA / Reparto	Trasferimento cogente in reparto del paziente dal Pronto Soccorso.



ALLEGATO 3

OGGETTO: Percorso gestione PL - Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare

Il presente documento definisce il **modello organizzativo di gestione dei Posti Letto (PL)** del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare (CTV) della AOU di Alessandria.

Ex Atto Aziendale, «[omissis] sono finalità del dipartimento [...] il coordinamento e la razionalizzazione dell'utilizzo [...] dei posti letto [...]». In particolare, il Dipartimento CTV «assicura interventi diagnostico-terapeutici, in regime ordinario/programmato e di emergenza urgenza [...] ed è organo di supporto [...] al Direttore Medico dei Presidi nell'organizzazione delle attività ospedaliere» e le strutture complesse (SC) «sono articolazioni dotate di elevato grado di autonomia decisionale ed operativa [...] di rilevanti risorse – ivi compresi i PL – ed operano nell'ambito dei principi, delle direttive generali e degli indirizzi operativi formulati dai livelli sovraordinati.» Il Dipartimento CTV nello svolgimento della sua attività ordinaria deve tenere conto, inoltre, delle sue funzioni di HUB di quadrante per le patologie tempo-dipendenti di competenza.

Pertanto, **il governo dei PL** si configura come un processo organizzativo condiviso (**strutturale e funzionale**), che si attua nella relazione tra le Strutture di ricovero (Complesse – SC e Semplici – SS) ed il Dipartimento di afferenza, dove il livello dipartimentale rappresenta lo snodo decisionale volto a garantire la risoluzione delle criticità di programmazione e gestionali. Il modello organizzativo si fonda sulla rigorosa applicazione dei processi esistenti, ovvero la pianificazione delle dimissioni secondo il decalogo aziendale delle dimissioni, la Programmazione Livellata delle Dimissioni (SC Cardiologia), il planning chirurgico settimanale (SC Cardiochirurgia, SC Vascolare, SC Chirurgia Toracica) e le necessità di ricovero in ambito intensivo (SS TI CTV e SS Unità Coronarica) e sull'introduzione della nuova modalità di determinazione dell'offerta dei PL per l'urgenza (di seguito denominata Programmazione Livellata Cardio-Toraco-Vascolare) e della loro gestione dipartimentale.

In breve, nella programmazione settimanale dell'attività elettiva di ciascuna SC/SS Chirurgica, il Dipartimento interviene nell'ambito del Gruppo Strategico di programmazione dell'Attività Chirurgica per garantirne la sostenibilità in funzione dei PL disponibili e supervisiona il processo giornaliero di dimissione che ogni SC/SS elabora. La **Programmazione Livellata Cardio-Toraco-Vascolare (Programmazione Livellata CTV)** definisce il numero di PL che giornalmente (compresi festivi e fine settimana) deve essere reso disponibile per soddisfare la domanda in urgenza. Tali PL devono essere garantiti da ciascuna SC/SS al netto del numero di PL riservati per la chirurgia in elezione e vanno a costituire un **pool dipartimentale** cui dovranno attingere le SC/SS per i ricoveri in urgenza. Tale pool viene definito annualmente sulla base dell'analisi dei flussi di ricovero in urgenza diurna e notturna dell'anno precedente e per l'anno 2025 è stato quantificato in cinque (5) PL.

Nel dettaglio, il pool viene costituito con il seguente schema di conferimento di PL:

- SC Cardiologia: 1 PL
- SS Unità Coronarica: 1 PL
- SC Cardiochirurgia (CCH): 1 PL
- SC Chirurgia Vascolare: 1 PL
- SC Chirurgia Toracica: 1 PL

In caso di impedimenti oggettivi al rispetto della Programmazione Livellata da parte della SC/SS è compito dei Direttori di SC/SS (o loro delegati), coadiuvati dal Nucleo di BM, individuare presso le altre Strutture dipartimentali i PL necessari alla ricostituzione del pool di letti previsto; se acclarata la non sostenibilità dipartimentale della Programmazione Livellata CTV, il Direttore di Dipartimento potrà completare il pool di PL

ricorrendo all'eventuale disponibilità del Dipartimento Chirurgico, ove questo non fosse possibile rimodulerà la programmazione dei ricoveri elettivi del Dipartimento così da garantire il soddisfacimento della Programmazione Livellata CTV.

In aggiunta, per soddisfare la domanda di ricovero da DEA, l'SC Cardiologia, partecipando alla Programmazione Livellata delle Dimissioni, conferirà 12 PL settimanali (1 mercoledì e venerdì, 2 gli altri giorni della settimana). Viceversa, al netto di ricoveri programmati e della Programmazione Livellata CTV, i PL sovrannumerari dovranno essere messi a disposizione del DEA per eventuali ricoveri di altri Dipartimenti a discrezione del Medico di DEA.

Giornalmente i pazienti verranno ricoverati in urgenza utilizzando i PL stabiliti dalla Programmazione Livellata delle Dimissioni e dalla Programmazione Livellata CTV come segue:

- 1) Il paziente ricoverato in regime di urgenza deve essere allocato presso la SC/SS di pertinenza e, comunque, dove indicato dal medico di DEA. A tal fine si precisa che la consulenza specialistica non costituisce fattore vincolante l'assegnazione del reparto di ricovero e che la decisione della SC/SS di ricovero, in caso di patologie di confine, sarà in capo al medico di DEA come da protocollo aziendale; tali ricoveri non sono da considerarsi appoggi.
- 2) A seguito della decisione del ricovero, il Medico di DEA avviserà telefonicamente il Medico di Reparto dell'arrivo del paziente. Il ricovero da DEA diventerà cogente dopo 2 ore di *Boarding*, anche attraverso l'invio del paziente in barella in attesa che il PL venga liberato.
- 3) In caso di saturazione dei PL dedicati presso la SC/SS di pertinenza, anche tenendo conto delle patologie di confine, il paziente verrà ricoverato in primis nell'ambito del Dipartimento, andando ad occupare i PL rimasti liberi nelle altre Strutture, effettuando un appoggio. In caso di indisponibilità di PL nel Dipartimento e con indice NEDOCS ≥ 141 , il paziente verrà ricoverato in appoggio nell'ambito di un altro Dipartimento come indicato dal Medico di DEA. È compito del Dirigente Medico assegnatario decidere se appoggiare su questo PL il paziente entrante, trasferirne uno già ricoverato o attivare PL temporaneo (barella), se necessario.
- 4) Se presente un paziente in appoggio, è compito del Direttore della SC/SS appoggiante provvedere al tempestivo riassorbimento dello stesso, anche attraverso l'eventuale rimodulazione dei ricoveri elettivi; tale azione diventerà cogente e vincolante dopo un giorno di appoggio presso altra Struttura.
- 5) I pazienti ricoverati in ambito internistico, che necessitino di procedura chirurgica/interventistica urgente, devono avere priorità di presa in carico e trasferimento presso il Reparto chirurgico rispetto ai ricoveri programmati.
- 6) Durante la programmazione dei ricoveri elettivi, le SC/SS devono tenere conto dei pazienti da trasferire dalla SS Terapia Intensiva Cardiochirurgica (TI CCH) e dalla SS Unità Coronarica, il cui trasferimento diventerà cogente, nella stessa giornata della richiesta, qualora le due Strutture, ricevendo un paziente in urgenza, stiano saturando tutti i PL. In assenza di pazienti trasferibili, dovrà essere riprogrammata l'attività chirurgica elettiva che richiede periodo di osservazione intensivo al fine di riservare i PL per le urgenze, avvisando il nucleo di BM. A saturazione dei PL in presenza di ulteriori urgenze, il ricovero avverrà presso la Terapia Intensiva Polivalente (TI Poli) in base alla disponibilità di PL. In situazioni emergenziali, in seguito a disposizione della DMP e comunicazione con il DIPSA, potrà essere aperta la sala risveglio del Blocco Operatorio Nuovo, previa convocazione del personale reperibile.

Durante il ricovero devono essere applicate le seguenti azioni clinico-organizzative di efficientamento della degenza del Reparto.

- 1) Il piano di gestione clinica dei pazienti deve essere sviluppato entro 24 ore dal ricovero indicando entro 48 ore dall'ingresso la data presunta di dimissione o trasferimento; il piano va riesaminato

- quotidianamente, segnalando al Bed Manager e alla DMP (in caso di problematiche sociali anche al Servizio Sociale Aziendale) eventuali criticità
- 2) Le dimissioni devono essere effettuate in fascia mattutina e comunque entro le 14 e i trasferimenti vanno concordati entro le ore 10 comunicandolo al BM
 - 3) Le attività propedeutiche alla dimissione in CAVS, RSA, Hospice, DGR 24 devono essere organizzate almeno 72 ore prima della data di dimissione, con l'attivazione tempestiva del Nucleo Ospedaliero di Continuità di Cure (NOCC) per inviare in altri setting alternativi all'ospedale i pazienti non dimissibili al domicilio, nonché l'attivazione delle cure domiciliari.
 - 4) Definita la necessità di prosecuzione delle cure presso Strutture Riabilitative, deve essere identificata dal Dirigente Medico di Struttura la finestra temporale del potenziale trasferimento (data \pm 3 giorni) che va comunicata al Nucleo di BM, il quale provvederà a verificare la sostenibilità organizzativa per la finestra indicata in primis presso la Struttura Riabilitativa Aziendale (Borsalino); in caso affermativo deve essere prenotato il PL. Se indisponibilità di PL per il periodo di trasferimento richiesto o condizioni cliniche del paziente non congrue con le capacità ricettive del Borsalino, devono essere presi accordi con altre Strutture Riabilitative. Il nucleo di BM dovrà tenere sempre attenzionato il percorso del paziente ed in caso di variazioni cliniche o di mutamento della disponibilità del PL, ne deve dare immediata segnalazione, al fine di riprogrammare il trasferimento successivamente o presso altra Struttura.

Pertanto, entrando nel dettaglio delle funzioni coinvolte nel processo, il **Direttore di Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare** assicura il rispetto della Programmazione Livellata CTV e sovrintende il processo di gestione dipartimentale dei PL dell'urgenza. Garantisce, inoltre, la programmazione dei PL per l'attività elettiva.

Il **Direttore della SC/SS** è responsabile della programmazione e gestione dell'attività elettiva nel rispetto del debito di PL previsto dalla Programmazione Livellata CTV ed è parte attiva nell'attuazione del processo dipartimentale di gestione PL dell'urgenza. Ogni Direttore di SC/SS deve garantire la sostenibilità della attività della propria Struttura in termini di bilanciamento tra ingressi e dimissioni e partecipare al planning chirurgico settimanale.

Il **Dirigente Medico di Struttura** è il responsabile clinico di ammissioni (massimo 2 ore di *Boarding*) e dimissioni (entro le ore 14) nel rispetto giornaliero della Programmazione Livellata CTV. Nell'ambito dell'urgenza dovrà ricevere i pazienti inseriti in *Boarding* dal Medico del DEA; una volta saturati i PL nella propria SC/SS, utilizzerà i PL dipartimentali per le urgenze (appoggi), valutando se utilizzare il PL per il paziente entrante, trasferirne uno già ricoverato oppure attivare un PL temporaneo (barella). Per ogni paziente ricoverato, indipendentemente dal regime di ricovero (urgente o programmato), dovrà indicare sulla piattaforma Trakcare la data presunta di dimissione e provvedere a modificarla laddove sopraggiungessero fattori clinici e/o organizzativi impediti, dandone immediata comunicazione ai diversi livelli del processo.

Il **Coordinatore di SC/SS** è il responsabile organizzativo dei ricoveri e delle dimissioni dei pazienti. Supervisiona l'effettivo inserimento della data presunta di dimissione sulla piattaforma Trakcare, nonché della sua eventuale modifica da parte del medico e ne dà tempestiva comunicazione al BM. Entro le ore 15, deve confermare la ricostituzione dei PL dipartimentali al BM e provvedere a rendere indisponibili solo i PL destinati all'attività elettiva del giorno successivo sulla piattaforma Trakcare.

L'**Infermiere di SC/SS** trasmette al passaggio di consegne ogni informazione rilevante relativa ad ammissioni, dimissioni, trasferimenti e PL liberi; sostituisce, negli adempimenti sopra espressi, il Coordinatore quando non presente (notte e festivi).

Il **Medico di DEA** è responsabile dell'inquadramento del paziente e a tal fine individua la SC/SS di ricovero nel rispetto rigoroso dei protocolli aziendali, quale decisore ultimo dei ricoveri in applicazione del protocollo sulle patologie di confine, dei diversi percorsi socioassistenziali, così come da PGS, e comunque in ogni situazione controversa; ha inoltre il compito di inserire in *Boarding* i pazienti come da protocollo.

In prossimità del termine del proprio turno lavorativo, deve dimettere i pazienti non necessitanti di prosieguo delle cure e lasciare consegne puntuali e precise al collega montante relativamente ai pazienti con iter ancora non terminato.

L'**Infermiere Flussista di DEA** sovrintende il percorso organizzativo dei pazienti, facilitando gli snodi critici quali le tempistiche di espletamento delle consulenze specialistiche e degli esami strumentali in PS, rappresentando al Medico di DEA l'avanzamento degli stessi, informandoli della presenza degli esiti. Facilita, quindi, il ricovero dei pazienti in *Boarding* e le dimissioni da parte del Medico di DEA. A tal fine trasmette ogni informazione rilevante all'IFO Bed Manager o IFO DIPSA.

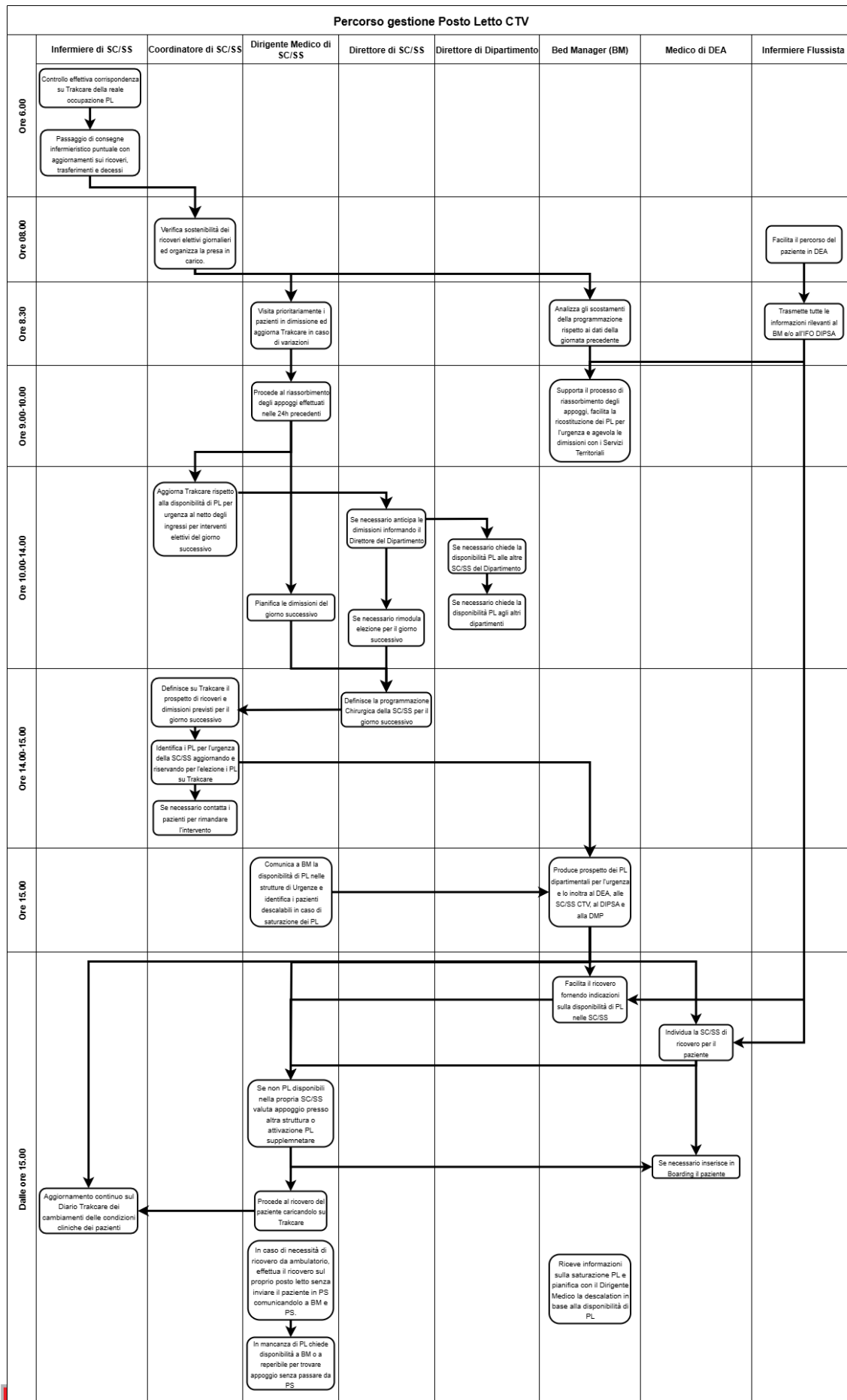
L'**IFO Bed Manager (BM)** monitora attivamente il processo di ricovero e di dimissione sia per quanto attiene l'attività elettiva sia per quanto concerne l'emergenza, garantendo la trasmissione tempestiva delle informazioni tra i diversi livelli aziendali (DEA, SC/SS, Dipartimenti), individua i PL disponibili intra ed extra dipartimentali, organizza il ricovero dei pazienti, fornendo in continuo il quadro delle disponibilità al Medico di DEA, sollecitando se necessario i PL presso i Reparti. È compito del BM rendere disponibile al DEA i report delle Programmazioni Livellate, al fine di garantirne l'autonomia nel ricovero, anche in appoggio, al di fuori dell'orario di servizio del BM: per la Programmazione Livellata delle Dimissioni del Dipartimento Internistico al mattino entro le ore 10.00, per la Programmazione Livellata Chirurgica e CTV invece alle ore 15.00. In quanto NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) supporta attivamente le SC/SS nella gestione delle dimissioni difficili, fungendo da interfaccia con i NOCC, COT e NDCC territorialmente competenti. Per i casi connotati da criticità sociale collabora con il Servizio Sociale Professionale Aziendale per approdare a dimissioni protette.

L'**IFO DIPSA** rappresenta la funzione organizzativa in grado di coordinare il processo di Bed Management al di fuori delle ore di servizio del Nucleo.

Il **Dirigente Medico SCU Direzione Medica dei Presidi** rappresenta la funzione organizzativa sovraordinata ai processi dipartimentali. Viene informato quotidianamente delle azioni ordinarie intraprese per l'adempimento del debito di PL come da Programmazione Livellata e coadiuva il Direttore di Dipartimento nella risoluzione di situazioni straordinarie di criticità. Ove necessario, collabora con il NOCC ed il Servizio Sociale Professionale Aziendale nel ruolo di facilitatore e catalizzatore nell'integrazione con il territorio per la gestione delle dimissioni.

Sintesi

Orario a	Azione Richiesta	Responsabile	Obiettivo Strategico
72 Ore prima delle dimissioni da Reparto	Pianificazione NOCC	Medico di Reparto / Coordinatore	Continuità Assistenziale: Ridurre i giorni di degenza inappropriata per cause sociali o post-acute.
Data ± 3 Giorni	Finestra Riabilitativa	Medico di Reparto / Bed Manager	Efficienza Percorso Riabilitazione: garantire il turnover tra fase acuta e riabilitazione (Borsalino).
Entro ore 10:00	Accordo Trasferimenti	Medico di Reparto / Coordinatore	Fluidità dei Flussi: Sincronizzare gli spostamenti interni prima delle ore di punta del DEA.
Entro ore 12:00	Chiusura Lettere di dimissione	Dirigente Medico di Struttura	Pre-dimissione: Anticipare la chiusura clinica per accelerare la disponibilità reale del letto.
Entro ore 14:00	Liberazione Fisica PL	Coordinatore / Infermiere di SC	Capacità Recettiva: Disporre di posti letto sanificati per i ricoveri HUB e programmati.
Entro ore 15:00	Check-point Pool CTV	Coordinatore di SC/SS	Garanzia Urgenza: assicurare al DEA la ricostituzione del pool (5 PL) per le emergenze notturne.
Max 120 Minuti	Limite Boarding DEA	Medico DEA / Medico Reparto	Sicurezza Clinica: ridurre il sovraffollamento in PS e garantire il setting di cura idoneo al paziente.



ALLEGATO 4

OGGETTO: Percorso gestione DEA

Il presente documento definisce il **modello organizzativo della presa in carico dei pazienti in Pronto Soccorso (PS) e Osservazione Breve Intensiva (OBI)**

Ex Atto Aziendale, le SS Pronto Soccorso «è *DEA HUB di riferimento per il Quadrante Piemonte Sud Est. – svolge -funzioni di DEA di II livello, erogando interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura in urgenza del paziente, di trasferimento urgente al Polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità. Collabora alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici in rete con il territorio al fine di ottimizzare la risposta al bisogno assistenziale e garantire la continuità in emergenza tra centro HUB e Spoke e viceversa. [omissis] Tramite la SS OBI (Osservazione Breve Intensiva) e Terapia Subintensiva svolge attività di diagnosi, terapia e monitoraggio per i pazienti che necessitano di trattamento in ambiente semintensivo con monitoraggio continua multi-parametrica e di OBI con la funzione di trattenere in sicurezza pazienti provenienti dal PS che necessitano di osservazione clinica e strumentale e terapie di breve durata.*»

Pertanto, la **presa in carico del paziente** si configura come un processo condiviso tra le diverse articolazioni organizzative, funzionali e strutturali dell’Azienda in accordo con il modello definito dalla Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) n° 23-6428 del 16 gennaio 2023, dall’ IO (Istruzione Operativa) 05, IO 27 del PS dell’AOU AL, dal Documento a Valenza Aziendale (DVA) 15, DVA 120. In questo processo il DEA si relaziona con i Dipartimenti aziendali secondo quanto definito dai protocolli dipartimentali, in particolare dalla **Programmazione Livellata delle Dimissioni** (Dipartimento Internistico), della **Programmazione Livellata Chirurgica** (Dipartimento Chirurgico) e della **Programmazione Livellata Cardio-Toraco-Vascolare** (Dipartimento CTV), che definiscono lo schema di conferimento del pool di Posti Letto (PL) da fornire quotidianamente per i ricoveri in urgenza. L’utilizzo dei PL dovrà avvenire in modo flessibile, tenendo conto della disciplina di appartenenza. Il numero complessivo settimanale è di 63 PL per il Dipartimento Chirurgico, 112 PL per quello Internistico e 35 PL per quello Cardio-Toraco-Vascolare.

Giornalmente i pazienti che accedono al DEA verranno gestiti come segue:

- 1) Il paziente esegue il Triage da cui accede alla valutazione da parte del Medico di DEA nel rispetto dei tempi del codice attribuitogli con o senza una Presa in Carico Infermieristica o al Fast-Trak dedicato di Otorinolaringoiatria, Ortopedia, Ginecologia e Ostetricia od Oculistica. Le consulenze specialistiche devono essere espletate entro 60 minuti dalla richiesta. L’osservazione potrà proseguire per un massimo di 36 ore in OBI, al termine del quale il paziente dovrà essere ricoverato o dimesso. L’Infermiere flussista collabora alla gestione del processo con il Medico di DEA.
- 2) In caso di ricovero, il Medico di DEA identifica e prende contatto con il Reparto di ricovero e inserisce il paziente in *Boarding* (completando il processo entro 6 ore). Superato questo tempo, l’invio in Reparto del paziente diventerà cogente e dovrà essere espletato anche attraverso l’invio del paziente in barella in attesa che il PL venga liberato. Si precisa che la consulenza specialistica non costituisce fattore vincolante l’assegnazione del Reparto di ricovero e che la decisione della SC/SS di ricovero, in caso di patologie di confine, sarà in capo al medico di DEA, come da protocollo aziendale; tali ricoveri non sono da considerarsi appoggi. In caso di saturatione dei PL (dedicati alle urgenze per i Dipartimenti Chirurgico e

- Cardio-Toraco-Vascolare) presso la SC/SS di pertinenza, anche tenendo conto delle patologie di confine, il paziente verrà ricoverato utilizzando i restanti PL del Dipartimento effettuando un appoggio. In caso di indisponibilità di PL nel Dipartimento o in presenza di indice NEDOCS ≥ 141 , il Medico di DEA potrà disporre un ricovero in appoggio nell'ambito di un altro Dipartimento. È compito del Dirigente Medico assegnatario decidere se appoggiare su questo PL il paziente entrante, trasferirne uno già ricoverato o attivare PL temporaneo (barella), se necessario.
- 3) In caso di saturazione dei PL e condizioni cliniche compatibili, potranno essere effettuati trasferimenti presso Presidi Ospedalieri limitrofi, previo contatto tra Bed Manager, tra clinici e successiva autorizzazione della Direzione Medica dei Presidi.
 - 4) Le dimissioni dei pazienti dal PS potranno avvenire a domicilio (ivi ricompresa RSA), a domicilio con attivazione di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), in continuità di cure, ovvero CAVS (Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria) o in Hospice.

Pertanto, entrando nel dettaglio delle funzioni coinvolte nel processo, il **Direttore del DEA** sovrintende al processo organizzativo della Struttura e ne garantisce l'operatività. A tal fine, si interfaccia con il Bed Manager e i Direttori di Dipartimento per far fronte a situazioni di saturazione dei PL e di *overcrowding* in PS.

Il **Medico di DEA** è responsabile dell'inquadramento del paziente e a tal fine individua la SC/SS di ricovero nel rispetto rigoroso dei protocolli aziendali, quale decisore ultimo dei ricoveri in applicazione del protocollo sulle patologie di confine, dei diversi percorsi socioassistenziali, così come da PGS, e comunque in ogni situazione controversa; ha inoltre il compito di inserire in *Boarding* i pazienti come da protocollo. In prossimità del termine del proprio turno lavorativo, deve dimettere i pazienti non necessitanti di prosieguo delle cure e lasciare consegne puntuali e precise al collega montante relativamente ai pazienti con iter ancora non terminato.

L'**Infermiere Flussista di DEA** sovrintende il percorso organizzativo dei pazienti, facilitando gli snodi critici quali le tempistiche di espletamento delle consulenze specialistiche e degli esami strumentali in PS, rappresentando al Medico di DEA l'avanzamento degli stessi, informandoli della presenza degli esiti. Facilita, quindi, il ricovero dei pazienti in *Boarding* e le dimissioni da parte del Medico di DEA. A tal fine trasmette ogni informazione rilevante all'IFO Bed Manager o IFO DIPSA.

L'**IFO Bed Manager (BM)** monitora attivamente il processo di ricovero e di dimissione sia per quanto attiene l'attività elettiva sia per quanto concerne l'emergenza, garantendo la trasmissione tempestiva delle informazioni tra i diversi livelli aziendali (DEA, SC/SS, Dipartimenti), individua i PL disponibili intra ed extra dipartimentali, organizza il ricovero dei pazienti, fornendo in continuo il quadro delle disponibilità al Medico di DEA, sollecitando se necessario i PL presso i Reparti. È compito del BM rendere disponibile al DEA i report delle Programmazioni Livellate, al fine di garantirne l'autonomia nel ricovero, anche in appoggio, al di fuori dell'orario di servizio del BM: per la Programmazione Livellata delle Dimissioni del Dipartimento Internistico al mattino entro le ore 10.00, per la Programmazione Livellata Chirurgica e CTV invece alle ore 15.00. In quanto NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) supporta attivamente le SC/SS nella gestione delle dimissioni difficili, fungendo da interfaccia con i NOCC, COT e NDCC territorialmente competenti. Per i casi connotati da criticità sociale collabora con il Servizio Sociale Professionale Aziendale per approdare a dimissioni protette.

L'**IFO DIPSA** rappresenta la funzione organizzativa in grado di coordinare il processo di Bed Management al di fuori delle ore di servizio del Nucleo.

I Direttori del Dipartimento Internistico e di Emergenza-Urgenza, Chirurgico o Cardio-Toraco-Vascolare assicurano il rispetto della propria Programmazione Livellata e sovrintendono il processo di gestione dipartimentale dei PL.

Il **Direttore della SC/SS** dotata di PL è responsabile della programmazione e gestione dell'attività nel rispetto del debito di PL previsto dalla Programmazione Livellata ed è parte attiva nell'attuazione del processo dipartimentale di gestione PL. Ogni Direttore di SC/SS deve garantire la sostenibilità della attività della propria Struttura in termini di bilanciamento tra ingressi e dimissioni.

Il **Dirigente Medico di Struttura** è il responsabile clinico di ammissioni (massimo 2 ore di *Boarding*) e dimissione (entro le ore 14) nel rispetto giornaliero della Programmazione Livellata. Nell'ambito dell'urgenza dovrà ricevere i pazienti inseriti in *Boarding* dal Medico del DEA; una volta saturati i PL nella propria SC/SS, utilizzerà i PL dipartimentali per le urgenze (appoggi), valutando se utilizzare il PL per il paziente entrante, trasferirne uno già ricoverato oppure attivare un PL temporaneo (barella). Per ogni paziente ricoverato, indipendentemente dal regime di ricovero (urgente o programmato), dovrà indicare sulla piattaforma Trakcare la data presunta di dimissione e provvedere a modificarla laddove sopraggiungessero fattori clinici e/o organizzativi impediti, dandone immediata comunicazione ai diversi livelli del processo.

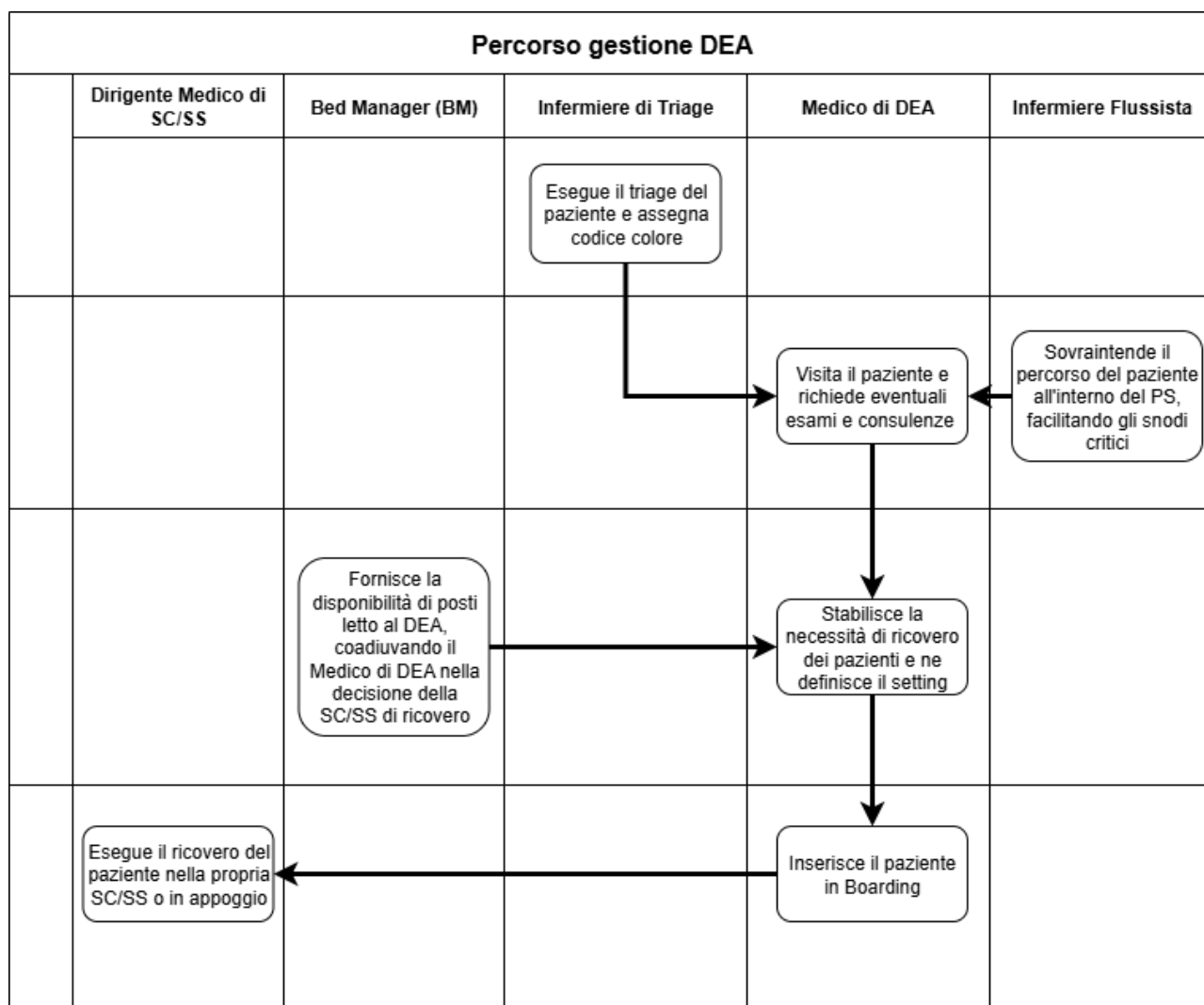
Il **Coordinatore di SC/SS** è il responsabile organizzativo dei ricoveri e delle dimissioni dei pazienti. Supervisiona l'effettivo inserimento della data presunta di dimissione sulla piattaforma Trakcare nonché la sua eventuale modifica da parte del medico, laddove sopraggiungessero fattori clinici e/o organizzativi impediti e ne dà tempestiva comunicazione al BM.

L'**Infermiere di SC/SS** trasmette al passaggio di consegne ogni informazione rilevante relativa ad ammissioni, dimissioni, trasferimenti e PL liberi; sostituisce, negli adempimenti sopra espressi, il Coordinatore quando non presente (notte e festivi).

Il **Dirigente Medico SCU Direzione Medica dei Presidi** rappresenta la funzione organizzativa sovraordinata ai processi dipartimentali. Viene informato quotidianamente delle azioni ordinarie intraprese per l'adempimento del debito di PL come da Programmazione Livellata e coadiuva il Direttore di Dipartimento nella risoluzione di situazioni straordinarie di criticità. Ove necessario, collabora con il NOCC ed il Servizio Sociale Professionale Aziendale nel ruolo di facilitatore e catalizzatore nell'integrazione con il territorio per la gestione delle dimissioni.

Sintesi

Orario / Limite	Azione Richiesta	Responsabile	Obiettivo Strategico
Entro 60 min	Espletamento Consulenza	Medico Specialista	Ridurre il Diagnostic Time e la permanenza in PS.
Entro ore 10:00	Report PL Area Medica	Bed Manager	Garantire autonomia di ricovero al DEA dal mattino.
Entro ore 15:00	Report PL Chir/CTV	Bed Manager	Garantire autonomia di ricovero per l'area chirurgica.
Max 6 Ore	Limite Boarding DEA	Medico DEA / Reparto	Trasferimento Cogente: evitare il blocco del flusso in PS.
Max 36 Ore	Limite OBI	Medico OBI	Turnover dei letti di osservazione intensiva.
Fine Turno	Dimissioni e Consegne	Medico DEA	Svuotamento PS dai casi non urgenti prima del cambio turno.



ALLEGATO 5

OGGETTO: Percorso gestione sovraffollamento DEA

Il presente documento definisce il **modello organizzativo di gestione delle SS Pronto Soccorso (PS) e OBI (Osservazione Breve Intensiva) in condizioni di sovraffollamento**

Il monitoraggio del grado di sovraffollamento è effettuato *real time* attraverso la piattaforma di *Business Intelligence* (KnowAge). L’Azienda utilizza la rilevazione in tempo reale dell’indice NEDOCS² come criterio soglia per la definizione dei livelli.

I gradi di affollamento del Pronto Soccorso rilevati dall’indice sono i seguenti:

- **Normale**: tra 0 e 50
- **Affollato**: tra 51 e 100
- **Sovraffollato**: tra 101 e 140
- **Severamente sovraffollato**: 141 e 180
- **Saturo**: superiore a 180

Il piano, nella *demand escalation*, individua diversi livelli di graduazione, ciascun livello prevede degli step definiti: tutti gli step del livello precedente devono essere affrontati prima di passare al successivo; per ogni step sono definiti gli alert necessari, le azioni da attuare e i referenti di queste azioni.

² **indice di sovraffollamento in pronto soccorso**. L’indice è composto da una serie di items: numero dei letti di PS (OBI); numero letti dell’ospedale; n. totale dei pazienti in PS (OBI+ Letti bis+ barelle nei corridoi + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione + pazienti in attesa triage) n. utenti ventilati con respiratore in PS; tempo di attesa massimo per il ricovero (in ore); n. totale utenti in attesa di ricovero; tempo di attesa massimo da triage.

DEMAND ESCALATION

Livello	Alert	Descrizione	Referenti e Azioni
Normale	Indice NEDOCS tra 0 e 141 (livello verde-giallo-arancione)	Il flusso dei pazienti è gestito in modo adeguato e le prestazioni sono mantenute ai livelli standard.	<ul style="list-style-type: none"> Il Nucleo di Bed Management, entro le ore 10, fornisce al PS lo schema con il numero di posti letto che ciascuna SC/SS Internistica mette a disposizione del Pronto Soccorso come previsto dalla Programmazione Livellata delle dimissioni e si rapporta con i Reparti per i ricoveri. Fornisce, altresì, entro le ore 15.00 i PL per le urgenze Chirurgiche e CTV come stabilito dalle rispettive Programmazioni Livellate. Il Nucleo BM concorre all'individuazione dei PL disponibili intra ed extra dipartimentali per eventuali appoggi e suggerisce soluzioni organizzative; Il PS effettua i ricoveri giornalieri inviando i pazienti nel Reparto di competenza nell'orario 8-20 e scaglionando i ricoveri, distribuiti sulle singole Unità Operative, coordinato dal BM e dall'Infermiere Flussista. Al di fuori dell'orario di lavoro dell'Infermiere Flussista, il Medico di DEA si rapporta direttamente con i Reparti per il ricovero. I pazienti vengono ricoverati secondo quanto stabilito nei protocolli di gestione del PL dipartimentali. Durante il weekend il Bed Manager o il reperibile DIPSА forniscono le disponibilità di posto letto al PS come previsto dalle Programmazioni livellate.
Moderato	Indice NEDOCS tra 141-180 (livello rosso)	Compromissione delle principali attività e sovraccarico del sistema che determina allungamenti dei tempi di attesa e un impatto sulle prestazioni e sul flusso dei pazienti.	<ul style="list-style-type: none"> Il Dirigente Medico della Struttura assegnataria del ricovero dovrà ricevere i pazienti inseriti in <i>Boarding</i> dal Medico del DEA nel più breve tempo possibile, anche ricorrendo all'attivazione di un PL temporaneo (barella). In carenza di PL il Nucleo di BM contatta il corrispettivo degli Ospedali ASL territoriali per sapere eventuali disponibilità, presso le loro Strutture, di PL per ricoveri da PS o eventuali trasferimenti da Reparto. I pazienti con situazioni cliniche riconducibili a "patologie di confine" saranno indirizzati direttamente nei reparti di chirurgia con minor pressione di accesso e seguendo le indicazioni dell'Allegato "Patologie di confine"
Grave	Indice NEDOCS superiore a 180 (livello nero) e/o fabbisogno superiore alla PLD e saturazione dei posti letto in appoggio.	Grave compromissione delle principali attività. Sovraccarico critico del sistema con grave impatto sulle prestazioni e sul flusso dei pazienti.	<ul style="list-style-type: none"> Come da protocolli aziendali, i Direttori di SC/SS anticipano le dimissioni o rimodulano gli ingressi elettivi al fine di garantire ulteriori PL. Il nucleo di BM informa il reperibile della DMP sulle criticità relative al PS e alla disponibilità di PL. Il medico reperibile della DMP, sentito il responsabile DEA, chiederà al 118, se possibile, di indirizzare i casi che non necessitano di centralizzazione HUB presso altri PS. Si allerta la DIPSА per richiedere rinforzo del personale di assistenza presente in DEA.

ALLEGATO 6

OGGETTO: Patologie di confine

Disciplina “da-a”	Patologia
Dalla medicina alla chirurgia vascolare	<ul style="list-style-type: none"> • Gangrene arti inferiori • Ulcere infette • Piede diabetico con infezione locale
Dalla medicina alla chirurgia generale	<ul style="list-style-type: none"> • Quadri occlusivi-subocclusivi intestinali • Diverticoliti acute complicate da perforazione a cielo coperto
Dalla medicina all’urologia	<ul style="list-style-type: none"> • Colica renale complicata • Orchiepididimite • Prostatite • Ematuria con necessità di cateterizzazione e lavaggio vescicale continuo o diagnostica • Ritenzione d’urina non risolvibile in PS • Pielonefriti o cistopieliti ostruttive o complicanze post-procedurali (ad esempio malfunzionamento o infezione di stent ureterale)
Dalla medicina alla cardiologia	<ul style="list-style-type: none"> • Aritmie • Pericarditi • Endocarditi • Miocarditi • Scopenso cardiaco • SCA NSTEMI
Dalla medicina alle malattie infettive	<ul style="list-style-type: none"> • Polmoniti • Urosepsi • Spondilodisciti • Endocarditi • Infezioni tessuti molli