



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 6893

Seduta del 05/09/2022

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*

STEFANO BOLOGNINI

DAVIDE CARLO CAPARINI

RAFFAELE CATTANEO

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI

PIETRO FORONI

STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA

ALESSANDRA LOCATELLI

LARA MAGONI

ALAN CHRISTIAN RIZZI

FABIO ROLFI

FABRIZIO SALA

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti

Oggetto: APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO "INTERVENTI PER L'EFFICIENTAMENTO DEL FLUSSO DEI PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO"

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Giovanni Pavesi

Il Dirigente Matteo Corradin

L'atto si compone di 12 pagine

di cui 6 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- il Decreto del Presidente della Repubblica del 27/03/1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";
- il Decreto del Ministro della Sanità del 15/05/1992 "Criteri e requisiti per gli interventi di emergenza";
- l'Accordo dell'11/04/1996 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee-guida sul sistema dell'emergenza sanitaria" in applicazione del richiamato Decreto del Presidente della Repubblica del 27/03/1992;
- il Decreto del Ministro della Salute del 2/04/2015 n. 70 che tra gli altri delinea i criteri di riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza;

RICHIAMATE le seguenti deliberazioni regionali finalizzate all'efficientamento dell'organizzazione dei Pronto Soccorso per garantire risposte adeguate e appropriate ai bisogni di salute del cittadino:

- DGR n. IX/1964 del 6/07/2011 "Soccorso sanitario extraospedaliero – aggiornamento dd.g.r. n. VI/37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VIII/1743 del 18.1.2006";
- DGR n. X/4967 del 28/02/2013 "Riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in attuazione delle dgr n. IX/1964/2011 e n. IX/3591/2012 e determinazioni conseguenti";
- DGR n. X/2933 del 19/12/2014 "Determinazioni in merito al miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza";
- DGR n. XI/794 del 12/11/2018 "Determinazioni in merito al potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza";
- DGR n. XI/2561 del 02/12/2019 "Determinazioni in merito al potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza - annualità 2019-2020";
- DGR n. XI/2672 del 16/12/2019 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020" che ha recepito l'Accordo Stato Regioni del 1/08/2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) avente ad oggetto: "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso";
- DGR n. XI/4078 del 21/12/2020 "Determinazioni in ordine all'attuazione



Regione Lombardia

LA GIUNTA

dell'articolo 11 della legge regionale n. 22/2019 – costituzione dell'Agenda regionale Emergenza Urgenza" che costituisce a far data dal 1° gennaio 2021 la nuova Agenzia Regionale Emergenza Urgenza in attuazione delle disposizioni di cui alla legge regionale n. 22/2019;

- DGR n. XI/6168 del 28/03/2022 "Rete regionale dei Pronto Soccorso - determinazioni in merito al percorso di formazione in triage intraospedaliero";

RICHIAMATO il Decreto della DG Welfare n. 785 del 28/01/2022 che attiva la Rete regionale dei Pronto Soccorso e ne approva il Piano di Rete, il quale annovera fra gli obiettivi prioritari di lavoro, anche quello di ottimizzare il funzionamento dei PS attraverso la riduzione significativa del tempo di "boarding", garantendo il ricovero entro le 8 ore dall'accesso al triage;

DATO ATTO che negli ultimi anni si è determinato a livello nazionale un aggravamento del fenomeno del sovraffollamento nei Pronto Soccorso (PS) largamente conosciuto nei sistemi sanitari avanzati, le cui cause come descritto in letteratura, sono molteplici, alcune legate a fattori esterni all'ospedale - come l'invecchiamento della popolazione, l'inappropriato ricorso al PS, la carenza di strutture territoriali alternative, ecc., - altre, invece, interne all'ospedale come la possibile riduzione di posti letto o i ritardi nella diagnostica di supporto o il fenomeno del c.d. "boarding", ossia i pazienti in PS dopo il termine del processo di gestione in emergenza/urgenza, in attesa di ricovero in reparto;

CONSIDERATO che la letteratura dimostra che il tempo di attesa al ricovero è uno degli elementi più critici nel flusso dei pazienti all'interno del PS e rappresenta una delle primarie cause del sovraffollamento. La presenza di pazienti in attesa di ricovero determina effetti negativi quali ad esempio: l'aumento dei tempi di attesa per la prima valutazione medica e della permanenza in PS, la maggior necessità di risorse in PS (spazi, tecnologia, e risorse umane), la riduzione del livello di soddisfazione e comfort dei pazienti, la riduzione del benessere psico-fisico degli operatori etc.;

VISTO il documento tecnico "Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso", allegato 1 parte integrante del presente provvedimento, predisposto dalla DG Welfare con la collaborazione della Rete regionale dei Pronto Soccorso e condiviso con la Rete regionale di Medicina Interna;

DATO ATTO che tale documento tecnico ha l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei



Regione Lombardia

LA GIUNTA

pazienti dal Pronto Soccorso garantendo l'adempimento dell'indicazione ministeriale secondo cui il tempo che intercorre fra l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nelle aree di degenza sia inferiore alle 8 ore;

RITENUTO pertanto di approvare il documento tecnico "*Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso*", allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di dare mandato alla DG Welfare:

- di definire, previo confronto con le Direzioni aziendali, il numero giornaliero di posti letto di area medica, così come identificate nel documento allegato, che ogni ASST/IRCCS di natura pubblica e sede di Pronto Soccorso dovrà garantire per i ricoveri dal Pronto Soccorso, anche nel fine settimana e nei giorni festivi;
- di attuare le azioni di verifica e monitoraggio di propria competenza indicate nel documento tecnico allegato al presente provvedimento;
- di istituire l'"Osservatorio regionale dei ricoveri in area medica" in capo alla UO Polo Ospedaliero, con le funzioni specificate nel documento tecnico allegato;

RITENUTO che ogni ASST/IRCCS di natura pubblica e sede di Pronto Soccorso debba nominare un bed manager aziendale e un "Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica", con composizione e funzioni specificate nel documento tecnico allegato;

RITENUTO che i suddetti atti di nomina dovranno essere trasmessi alla Direzione Generale Welfare entro il 30.9.2022;

RITENUTO che dovrà essere trasmesso da parte di ogni ASST/IRCCS di natura pubblica e sede di Pronto Soccorso alla Direzione Generale Welfare, entro il 31.10.2022, il documento adottato per la messa in atto ed il monitoraggio delle azioni operative di cui al punto 2 del documento tecnico allegato;

RITENUTO inoltre che anche le strutture sanitarie private accreditate sede di Pronto Soccorso sono tenute a rispettare quanto indicato al punto 4 del documento tecnico allegato al presente provvedimento in quanto il servizio di pronto soccorso è una componente essenziale della rete dell'emergenza-urgenza e delle patologie tempo dipendenti;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DATO ATTO che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

VISTE:

- la legge regionale 07/07/2008, n. 20 *“Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale”* e tutti i provvedimenti relativi all'assetto organizzativo della Giunta regionale;
- la legge regionale n. 33 del 30/12/2009 e s.m.i. *“Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità”*;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul portale Regionale;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

- 1) di approvare il documento tecnico *“Interventi per efficientamento del flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso”*, allegato 1 parte integrante del presente provvedimento, che ha l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei pazienti in Pronto Soccorso, garantendo l'adempimento dell'indicazione ministeriale secondo cui il tempo che intercorre fra l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nelle aree di degenza sia inferiore alle 8 ore;
- 2) di dare mandato alla DG Welfare:
 - di definire, previo confronto con le Direzioni aziendali, il numero giornaliero di posti letto di area medica, così come identificate nel documento allegato che ogni ASST/IRCCS di natura pubblica e sede di Pronto Soccorso dovrà garantire per i ricoveri dal Pronto Soccorso, anche nel fine settimana e nei giorni festivi;
 - di attuare le azioni di verifica e monitoraggio di propria competenza indicate nel documento tecnico allegato al presente provvedimento;
 - di istituire l'“Osservatorio regionale dei ricoveri in area medica” in capo alla UO Polo Ospedaliero, con le funzioni specificate nel documento tecnico allegato;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 3) di stabilire che ogni ASST/IRCCS di natura pubblica e sede di Pronto Soccorso debba nominare un bed manager aziendale e un “Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica”, con composizione e funzioni specificate nel documento tecnico allegato;
- 4) di precisare che gli atti di nomina di cui al punto 3) dovranno essere trasmessi alla Direzione Generale Welfare entro il 30.9.2022 e che dovrà altresì essere trasmesso alla Direzione Generale Welfare, entro il 31.10.2022, il documento adottato per la messa in atto ed il monitoraggio delle azioni operative di cui al punto 2 del documento tecnico allegato;
- 5) di dare atto che anche le strutture sanitarie private accreditate sede di Pronto Soccorso sono tenute a rispettare quanto indicato al punto 4 del documento tecnico allegato al presente provvedimento;
- 6) di dare atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
- 7) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul portale Regionale.

IL SEGRETARIO
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

INTERVENTI PER L'EFFICIENTAMENTO DEL FLUSSO DEI PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO

PREMESSA

Il flusso dei pazienti all'interno del Pronto Soccorso (PS) è distinto in tre fasi: accettazione (input), processazione (throughput) ed esito (output).

L'esito al termine della valutazione del paziente in PS (output) prevede i seguenti percorsi:

- invio al domicilio con affidamento al Medico di Medicina Generale (MMG) prevedendo, se necessario, il *follow up* mediante telemedicina/telemonitoraggio o presso strutture ambulatoriali e/o l'attivazione di prestazioni sociosanitarie o sociali domiciliari secondo tempistiche coerenti ai bisogni e all'offerta territoriale;
- ammissione in Osservazione Breve Intensiva (OBI) per pazienti con bassa probabilità di ricovero;
- ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera;
- trasferimento presso altra struttura per acuti o Unità di Offerta Residenziale della Rete Territoriale, in genere nel contesto della stessa area geografica oppure in un contesto di relazione hub e spoke.

Il ruolo del PS nella gestione delle attese al ricovero prevede innanzitutto che, al termine del percorso di diagnosi e cura del paziente, si garantisca un'adeguata appropriatezza di indicazione al ricovero e conseguente adeguato utilizzo dei posti letto per acuti. Le aree di osservazione breve intensiva rappresentano, unitamente al potenziamento dei percorsi ambulatoriali post-PS di seguito descritti, uno strumento riconosciuto in letteratura per contenere la percentuale di ricovero e i rischi connessi a possibili dimissioni inappropriate.

I dati di letteratura evidenziano inoltre che il tempo di attesa al ricovero, così detto "*boarding*", è uno degli elementi più critici nel flusso dei pazienti all'interno del PS ed è la prima causa del sovraffollamento.

La presenza di pazienti in attesa di ricovero che stazionano presso il PS comporta effetti ben noti in letteratura quali: aumento dei tempi di attesa per la prima valutazione medica e della permanenza in PS; maggior necessità di risorse in PS (spazi, tecnologia e risorse umane); riduzione del livello di soddisfazione e comfort dei pazienti; riduzione del benessere psico-fisico degli operatori; difficoltà a mantenere il corretto distanziamento all'interno dei locali di PS; aumento della durata del successivo ricovero.

Il fenomeno che sta alla base del *boarding* consiste principalmente in un disallineamento tra il ritmo al quale il PS necessita di posti letto per pazienti con indicazione a ricovero e i posti letto effettivamente disponibili nei reparti di destinazione all'interno dell'ospedale; in particolare il ritmo di produzione dei ricoveri da PS è ciclico e altamente prevedibile nell'arco delle 24 ore, 7/7 giorni, mentre i posti letto dei reparti di degenza vengono generalmente resi disponibili dai reparti dopo le ore 15, con una dinamica dissociata dal ritmo di produzione dei ricoveri; ciò comporta il rischio, per i pazienti che si presentano nel pomeriggio, di un'attesa per il ricovero sino alle prime ore del pomeriggio successivo.

Sulla base dell'analisi dei dati regionali, si evidenzia che il *boarding* si accentua nel fine settimana e nei giorni festivi, quando la disponibilità di posti letto è ridotta determinando, di conseguenza, la nota condizione, così come anche indicata da dati di letteratura, di un sovraffollamento maggiore nella giornata di lunedì o post-festiva.

Il presente documento ha l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei pazienti dal PS garantendo l'adempimento all'indicazione ministeriale secondo cui il tempo che intercorre fra l'ingresso in PS e il ricovero nelle aree di degenza sia inferiore alle 8 ore.

AZIONI OPERATIVE

1. Disponibilità di posti letto di area medica

Ogni ASST/IRCCS di natura pubblica e sede di PS (entrambe di seguito denominate "Aziende") deve garantire nelle Unità Operative di area medica* un numero minimo giornaliero di posti letto, anche nel fine settimana e nei giorni festivi, per l'accettazione dei ricoveri dal PS.

Il numero di posti di cui sopra sarà definito, per ogni Azienda, con atto della Direzione Generale Welfare, previo confronto con le Direzioni aziendali.

La priorità dei ricoveri andrà data alle patologie tempo dipendenti ed in particolare ai pazienti con in livello di assistenza di tipo semintensivo.

Ogni Azienda dovrà adottare una procedura aziendale volta a definire le modalità attraverso le quali sono resi disponibili i posti letto e il flusso dei pazienti dal PS alle Unità Operative di degenza.

2. Bed Manager e Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica

Ogni Azienda dovrà nominare, con atto formale, il Bed Manager aziendale e il "Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica" coordinato dal Direttore sanitario o suo delegato e composto dai seguenti professionisti o dai loro delegati:

- Direttore/i Direzione Medica di Presidio;
- Direttore Gestione Operativa Next Generation EU;
- Direttore Direzione delle Professioni Sanitarie e Socio sanitarie;
- Direttore di Dipartimento di Area Medica;
- Direttore/i Unità Operativa Medicina Interna, ove non coincidente con il Direttore di Dipartimento di Area Medica;
- Direttore/i 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.

Il Nucleo si avvale del supporto del Direttore Socio Sanitario e dei Direttori dei distretti per tutte le tematiche relative alla gestione del transito dei pazienti presso gli ospedali di comunità o comunque strutture della rete territoriale.

A seguito della costituzione del Nucleo in parola, l'Azienda adotta un documento in cui sia identificato quanto segue.

- a) Strategie per la gestione dei pazienti in caso di non immediata disponibilità dei posti letto da parte di una singola unità operativa.

Tra queste saranno prioritariamente previste:

- "admission room", ossia aree dedicate per i pazienti che terminato il percorso di emergenza-urgenza al PS e sono in attesa di essere inviati all'Unità Operativa

* Al fine del presente documento per Unità Operative di area medica si intendono: medicina d'urgenza, medicina interna, geriatria, endocrinologia, gastroenterologia e epatologia, malattie infettive, nefrologia, pneumologia, cardiologia, neurologia, reumatologia.

di afferenza per il loro problema assistenziale; in ogni caso la gestione di tali pazienti sarà esterna al PS e in carico all'Unità Operativa di competenza.

- “*discharge room*”, ossia aree dedicate ai pazienti da dimettere da un Unità Operativa di degenza che sono in attesa di essere trasferiti a domicilio o in altre strutture del territorio;
- definizione, in caso di sovraffollamento, di modalità gestionali alternative dei pazienti nell'ambito della disponibilità aziendale di posti letto, a seconda dell'organizzazione che ogni nucleo aziendale riterrà più appropriata alla propria realtà e, comunque, nel rispetto dei requisiti organizzativi e strutturali di accreditamento e in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro ed in accordo con il Piano Gestione Sovraffollamento (PGS) aziendale;
- individuazione dei percorsi per la gestione delle così dette “dimissioni difficili” in particolar modo verso ospedali di comunità, strutture riabilitative e unità di offerta residenziale della rete territoriale.

b) Modalità di analisi e monitoraggio dell'attività delle Unità Operative di area medica in termini di:

- aderenza nel fornire giornalmente, anche nei giorni festivi, i posti letto al PS e prioritariamente nelle prime ore della mattina (entro le ore 12.00), in funzione degli slot previsti da apposito atto della Direzione Generale Welfare;
- tasso di saturazione dell'area di degenza delle Unità Operative di area medica;
- numero percentuale di *bed-blockers* rispetto al totale dei pazienti ricoverati;
- numero di dimissioni con attivazione di prestazioni domiciliari;
- numero percentuale dei pazienti con ricovero non programmato e dimissione entro 4 giorni dall'ingresso;
- identificazione dei ricoveri dal PS ritenuti non appropriati;
- degenza media e mediana per ogni Unità Operativa di area medica;
- sviluppo del piano di degenza per ogni paziente ricoverato e in particolare definizione dei tempi di pianificazione del percorso, previsione di dimissione ipotizzata all'ingresso nell'Unità Operativa di degenza;
- tempo di erogazione di servizi/consulenze (tempo per esecuzione di consulenza specialistica, imaging e altri esami strumentali) e definizione di slot dedicati ai reparti di area medica per ottimizzare il timing del ricovero;
- utilizzo della diagnostica e percorsi di follow-up in regime di post-ricovero (incluso telemedicina/telemonitoraggio);

Il documento aziendale dovrà puntualmente esplicitare eventuali difficoltà ad aderire alle indicazioni di cui ai punti a) e b), spiegandone i motivi.

Entro il 31.10.2022 ogni Azienda deve trasmettere alla DG Welfare il documento di cui sopra e, da tale data, per 6 mesi, è tenuta a inviare mensilmente alla DG Welfare il proprio report di monitoraggio rispetto a quanto indicato al precedente punto b).

Successivamente, ogni Azienda sarà tenuta ad inviare trimestralmente i dati di monitoraggio in base ad un format unico regionale definito dalla DG Welfare e che sarà monitorato dalle ATS di competenza, secondo indicazioni che saranno successivamente fornite.

A sostegno delle azioni operative di cui sopra, ogni Azienda è tenuta a sviluppare, in modo integrato con i sistemi informativi aziendali, un modulo per il “*Bed board dinamico*” che garantisca un cruscotto aggiornato dei posti letto liberi così come la previsione di dimissioni in giornata.

3. Appropriatezza dei ricoveri dal PS

Ai fini di garantire l'appropriatezza dei ricoveri dal PS è necessario mettere in atto le seguenti azioni.

a) *Utilizzo delle aree di osservazione breve intensiva*

Destinare alle aree di osservazione i pazienti potenzialmente dimissibili nelle 36 ore successive alla visita, in accordo con le Linee di indirizzo nazionali sull'OBI.

b) *Adozione di percorsi post-PS*

Il percorso clinico-assistenziale che si conclude con la dimissione dal PS può rendere necessario un follow-up (anche con tecnologie di telemedicina/telemonitoraggio) o approfondimento diagnostico da effettuarsi in regime post-PS. Saranno identificate a livello aziendale le principali tipologie di patologie che, previa valutazione clinica caso per caso, possono giovare della presenza di percorsi post-PS, evitando un ricovero inappropriato.

A tale fine le Aziende sono tenute a istituire "percorsi post-PS" attraverso ambulatori specialistici di diagnostica strumentale e di visite specialistiche per la gestione del paziente dopo la dimissione dal PS, al fine di facilitare la dimissione "protetta" e la programmazione di un percorso ambulatoriale di *follow-up* che andrà comunque condiviso con il MMG.

Tutte le altre condizioni per le quali non vi è indicazione ad un *follow up* post-PS andranno regolarmente rinviate direttamente al MMG.

Per mettere in atto i percorsi post-PS sopra descritti è necessario:

- attivare agende ambulatoriali dedicate ai pazienti dopo la dimissione dal PS;
- condividere con gli specialisti di riferimento i singoli percorsi post-PS, concordando le indicazioni alla dimissione e al follow-up;
- rivalutare ciclicamente l'appropriatezza degli invii nel percorso post-PS e la relativa congruenza di slot dedicati;
- facilitare, ove possibile, la prenotazione attraverso la presenza di uno sportello dedicato nell'area ambulatoriale oppure accedendo ad "agende ambulatoriali post-PS" direttamente da applicativi disponibili in PS.

La DG Welfare provvederà a verificare - entro la fine dell'anno in corso - l'effettiva attivazione dei percorsi post-PS e delle relative agende presso ogni singola Azienda.

4. Operatività dei mezzi di soccorso del servizio di emergenza/urgenza extraospedaliera

L'efficientamento del flusso dei pazienti dal PS ha lo scopo di ottimizzare anche la capacità di accogliere i pazienti trasportati dai mezzi di soccorso del servizio di emergenza/urgenza extraospedaliera. Devono pertanto essere messe in atto azioni organizzative volte a evitare il fenomeno del così detto "blocco barella", ossia la situazione in cui un mezzo di soccorso dell'emergenza extraospedaliera giunge presso il PS ed il paziente non è immediatamente preso in carico dal personale ospedaliero con l'impossibilità per il mezzo di soccorso di tornare operativo, lasciando di conseguenza il territorio temporaneamente scoperto.

Ciò premesso, ogni Struttura sanitaria sede di PS, pubblica e privata accreditata, deve assicurare la continua operatività dei propri PS con obbligo ad accogliere e prendere immediatamente in carico tutti i pazienti trasportati dal servizio di emergenza/urgenza extraospedaliera.

I tempi di attesa dei mezzi di soccorso nei singoli PS verranno monitorati dalla DG Welfare in collaborazione con AREU.

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO REGIONALE

Nel contesto delle Reti regionali del Pronto Soccorso e della Medicina Interna è istituito con atto della Direzione Generale Welfare un "Osservatorio regionale dei ricoveri in area medica" che elabora i dati dei ricoveri ospedalieri e dei monitoraggi effettuati a livello aziendale nonché la messa in atto e il mantenimento delle azioni operative sopra identificate.

In particolare, tale osservatorio è tenuto a:

- prendere visione dei monitoraggi effettuati a livello aziendale e elaborati dalle ATS territorialmente competenti, nonché all'analisi delle situazioni di criticità e le azioni correttive messe in atto;
- promuovere eventi informativi ed attività formative mirate al contenimento del fenomeno del *boarding*, coinvolgendo le figure professionali presenti nei diversi Nuclei aziendali per la gestione del flusso dei pazienti;
- promuovere, a seguito di analisi dettagliata delle differenti criticità locali, le contromisure necessarie collaborando con il Nucleo aziendale delle singole Aziende.

BIBLIOGRAFIA

- Berg LM et al. Associations Between Crowding and Ten-Day Mortality Among Patients Allocated Lower Triage Acuity Levels Without Need of Acute Hospital Care on Departure From the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 2019;74(3):345–56.
- Bobrovitz N et al. Who breaches the four-hour emergency department wait time target? A retrospective analysis of 374,000 emergency department attendances between 2008 and 2013 at a type 1 emergency department in England. *BMC Emerg Med*. 2017 Nov 2;17(1):32.
- Chiu IM et al. The influence of crowding on clinical practice in the emergency department. *Am J Emerg Med*. 2018;36:56-60.
- Eriksson J et al. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *J Clin Nurs*. 2017;27:e1061-e1067.
- Fatovich DM et al. Entry overload, emergency department overcrowding, and ambulance bypass. *Emerg Med J*. 2003 Sep;20(5):406-9.
- Jones S et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J*. 2022 Mar;39(3):168-173.
- McCarthy ML et al. Crowding delays treatment and lengthens emergency department length of stay, even among high-acuity patients. *Ann Emerg Med*. 2009;54:492-503.
- McKenna P et al. Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. *Clin Exp Emerg Med*. 2019;6(3):189–95.
- Morley C et al. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203316.
- Paton A et al. Longer time to transfer from the emergency department after bed request is associated with worse outcomes. *Emerg Med Australas*. 2018;31:211-215.
- Sun BC et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med*. 2013;61:605-611.e6.
- Van der Linden N et al. Effects of emergency department crowding on the delivery of timely care in an inner-city hospital in the Netherlands. *Eur J Emerg Med*. 2016;23:337-343.
- Viccellio P, Hochman KA, et al. Right focus, right solution: how reducing variability in admission and discharge improves hospital capacity and flow. In: Litvak E, editor. *Optimizing patient flow: advanced strategies for managing variability to enhance access, quality, and safety*. Oak Brook, IL: The Joint Commission; 2018. p.97-112.

- Zhang S et al. Emergency department visits and hospitalizations among hemodialysis patients by day of the week and dialysis schedule in the United States. PLoS One. 2019;14(8):e0220966.
- Emergency Department Crowding: High Impact Solutions. Reviewed by the ACEP Board of Directors, June 2016. Created by members of the Emergency Medicine Practice Committee.
- Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – OBI. Ministero della Salute, Direzione Generale sulla programmazione sanitaria. 2019.
- Linee di indirizzo per lo sviluppo d piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso. Ministero della Salute, Direzione Generale sulla programmazione sanitaria. 2019.