Sistema Socio Sanitario
Ospedale Papa Giovanni XXIII
Regione Lombardia
ASST Papa Giovanni XXIII

DELIBERAZIONE NR. 1809 DEL 29/10/2026

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DEI FLUSSI URGENTI E DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEI PRONTO SOCCORSO E AGGIORNAMENTO DEL NUCLEO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEI RICOVERI

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Francesco Locati

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	DR. GIANLUCA VECCHI
IL DIRETTORE SANITARIO	DOTT. ALESSANDRO AMOROSI
IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO	DR.SSA SIMONETTA CESA

Premesso che

- l'ASST Papa Giovanni XXIII garantisce l'assistenza in emergenza-urgenza attraverso il DEA di II livello dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII e il Pronto Soccorso dell'Ospedale di San Giovanni Bianco, in raccordo con la rete regionale dell'emergenza-urgenza;
- il fenomeno del sovraffollamento dei pronto soccorso costituisce una problematica organizzativa complessa che interessa l'intero sistema aziendale e richiede il coordinamento delle attività di ricovero, dimissione, continuità assistenziale e governo dei posti letto;

Richiamati:

- il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
- l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) recante le Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, sull'Osservazione Breve Intensiva e sul Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. X/2933 del 19 dicembre 2014 recante "Determinazioni in merito al miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. XI/6893 del 5 settembre 2022 recante "Approvazione del documento tecnico Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti

dal Pronto Soccorso" la quale prevede l'adozione di modelli organizzativi aziendali finalizzati all'efficientamento dei flussi dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso, al governo dei ricoveri e alla gestione della disponibilità dei posti letto;

Premesso altresì che con deliberazione n. 1316 del 22 settembre 2022 è stato costituito il Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri, quale organismo di coordinamento aziendale finalizzato al miglioramento dei percorsi di ricovero e del governo dei flussi provenienti dal pronto soccorso; in particolare, con il medesimo provvedimento si era stabilito che:

- il Nucleo aziendale fosse composto dai seguenti componenti:

Direttore sanitario (con funzioni di coordinamento)

SC Direzione medica	dott. Antonio Piccichè
SC Gestione operativa – Next Generation EU	dott.ssa Valeria Cannistraro
SC Direzione aziendale professioni sanitarie e sociali	dr.ssa Simonetta Cesa sig.ra Lauretta Rota dr.ssa Chiara Spada sig.ra Laura Tomasoni
Dipartimento area medica	prof. Stefano Fagiuoli
SC Medicina interna 1	dott. Alberto Benetti
SC Medicina interna 2 – San Giovanni Bianco	dott. Mario Tramontini
SC EAS Emergenza di alta specializzazione	dott. Roberto Cosentini
Bed manager aziendale	dott.ssa Giovanna Gaffuri dr. Matteo Poloni

- il Nucleo fosse incaricato di predisporre un documento volto alla definizione di:
  - strategie per la gestione dei pazienti in caso di non immediata disponibilità dei posti letto da parte di una singola unità operativa;
  - modalità di analisi e monitoraggio dell'attività delle unità operative di area medica;

Rilevato che il Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri ha redatto il "Piano aziendale dei flussi urgenti e di gestione del sovraffollamento", finalizzato a definire il modello aziendale di governo dei flussi urgenti e di gestione del sovraffollamento dei pronto soccorso;

Evidenziato che si rendono necessari interventi di aggiornamento del Nucleo al fine di adeguarlo alle esigenze derivanti dall'attuazione del Piano;

Ritenuto opportuno ridefinirne il funzionamento, la composizione e le modalità operative, si propone di:

- attribuire al Nucleo, oltre alle funzioni previste dal Piano, ogni ulteriore attività di monitoraggio, proposta e coordinamento demandata dalla Direzione strategica in materia di gestione dei ricoveri, governo dei posti letto e gestione dei flussi urgenti;
- stabilire che il Nucleo si riunisca in via ordinaria con cadenza almeno trimestrale e la possibilità di convocare riunioni straordinarie in presenza di particolari criticità organizzative ovvero qualora si renda necessario monitorare l'attuazione delle misure previste dal Piano, previa redazione di appositi verbali da conservare agli atti della Direzione sanitaria;
- prevedere che il Nucleo predisponga, con cadenza annuale, una relazione sullo stato di attuazione del Piano e sugli esiti delle attività svolte, anche ai fini del relativo aggiornamento periodico, da trasmettere alla Direzione strategica, contenente:
  - andamento degli indicatori previsti dal Piano;
  - criticità rilevate;
  - azioni di miglioramento attuate o proposte;

- eventuali proposte di aggiornamento del Piano.

- aggiornare la composizione del Nucleo come di seguito elencato:
  - Direttore Sanitario o suo delegato, con funzioni di coordinamento;
  - Direttore della SC Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza;
  - Direttore della SC Gestione Operativa;
  - Direttore della DAPSS o suo delegato;
  - Bed Manager;
  - Direttore del Dipartimento di Area medica;
  - Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza e area critica;
  - Responsabili delle principali Strutture di degenza coinvolte nei ricoveri urgenti;
  - Referente individuato dalla Direzione Sociosanitaria.
  - Responsabile della Centrale Operativa Territoriale;

Ove necessario in relazione agli argomenti trattati, alle riunioni potranno partecipare ulteriori professionisti individuati dal Coordinatore;

Dato atto che l'adozione del presente provvedimento non comporta l'assunzione di alcun onere per l'azienda;

Dato atto, altresì, che il responsabile del procedimento è la dr.ssa Eleonora Zucchinali, direttore della SC Affari generali;

Acquisito il parere del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore sociosanitario

DELIBERA

1. di approvare il "Piano aziendale dei flussi urgenti e di gestione del sovraffollamento dei Pronto Soccorso", allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso, che costituisce il documento di riferimento per il governo dei flussi urgenti e per la prevenzione e la gestione del sovraffollamento dei pronto soccorso aziendali;
2. di aggiornare le attività e il funzionamento del Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri, come sopra descritto, adeguandone la composizione secondo quanto di seguito indicato:
   - Direttore Sanitario o suo delegato, con funzioni di coordinamento;
   - Direttore della SC Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza;
   - Direttore della SC Gestione Operativa;
   - Direttore della DAPSS o suo delegato;
   - Bed Manager;
   - Direttore del Dipartimento di Area medica;
   - Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza e area critica;
   - Responsabili delle principali Strutture di degenza coinvolte nei ricoveri urgenti;
   - Referente individuato dalla Direzione Sociosanitaria.
   - Responsabile della Centrale Operativa Territoriale;

   Ove necessario in relazione agli argomenti trattati, alle riunioni potranno partecipare ulteriori professionisti individuati dal Coordinatore;
3. di demandare al Direttore sanitario l'adozione di tutte le iniziative necessarie per l'attuazione del piano stesso;
4. di precisare che l'adozione del presente provvedimento non comporta l'assunzione di alcun maggior costo per l'azienda;

5. di dare atto, altresì, che la dr.ssa Eleonora Zucchinali, direttore della SC Affari generali, è responsabile del procedimento

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Francesco Locati

Documento prodotto in originale informatico e firmato digitalmente ai sensi del "Codice dell'amministrazione digitale" (d.lgs. n. 82/2005 e s.m.i.)

PIANO AZIENDALE DEI FLUSSI URGENTI E DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEI PRONTO SOCCORSO

ASST Papa Giovanni XXIII

La redazione del piano è avvenuta a cura del Nucleo aziendale dei ricoveri individuato tramite la deliberazione aziendale n. 1316 del 22/09/2022.

Il presente piano integra e sostituisce il precedente del 2019.

SOMMARIO

1. PREMESSA 3

2. RUOLO DEI PRESIDI NELLA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA 5

3. ANALISI DELL'ATTIVITÀ E DEI FLUSSI 8

4. DOTAZIONI STRUTTURALI E CAPACITÀ DI RISPOSTA 10

5. SISTEMA AZIENDALE DI GOVERNO DEI FLUSSI E BED MANAGEMENT 13

6. GESTIONE DELLA DISPONIBILITÀ DEI POSTI LETTO 18

7. LIVELLI DI ALLERTA, CRITERI DI ATTIVAZIONE DEL PIANO E AZIONI PREVISTE 22

8. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE 30

9. ALLEGATI 31

ALLEGATO 1 – ANALISI DATI STORICI E TABELLA AZIENDALE DELLE SOGLIE OPERATIVE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO 32

ALLEGATO 2 - METODOLOGIA DI DETERMINAZIONE DELLE SOGLIE AZIENDALI DI ALLERTA. 41

ALLEGATO 3 – POSTI LETTO ATTIVI E AGGIUNTIVI 43

ALLEGATO 4 – NORMATIVA DI RIFERIMENTO 44

ALLEGATO 5 – SVILUPPI PROGRAMMATI E REVISIONI SUCCESSIVE 45

ALLEGATO 6 – TABELLA DEGLI INDICATORI 46

1. PREMESSA

1.1 Contesto

L'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo rientra tra le Aziende di alta specializzazione presenti in Regione Lombardia essendo in grado di fornire risposte in termini di diagnosi, cura e assistenza ad un ampio spettro di patologie che vanno dalle più comuni cause di morbosità a diverse malattie rare. Il Polo Ospedaliero è composto dai presidi ospedalieri Papa Giovanni XXIII (P.O. di II livello) e Ospedale Civile di San Giovanni Bianco (P.O. di base), localizzato in area montana, che insieme assommano oltre 1.000 posti letto ordinari accreditati; a questo si aggiunge il Polo Territoriale.
L'ASST Papa Giovanni XXIII rappresenta un punto di riferimento fondamentale non solo a livello provinciale, ma anche regionale e nazionale per le cure, soprattutto per quelle complesse e ad approccio multidisciplinare. Tra i principali ambiti di interesse che meritano di essere citati troviamo:

- ambito onco-ematologico, per la capacità di diagnosi, trattamento e follow-up di pressoché tutte le diverse tipologie di tumore, sia per pazienti adulti che pediatrici, garantendo un approccio multidisciplinare che mette al centro la persona assistita e assicurando continuità di cure tra l'ospedale e il territorio;
- ambito trapiantologico, considerato che risulta ai primi posti a livello nazionale in termini di numerosità di trapianti di organo eseguiti in pazienti adulti e pediatrici ed è il centro pioniere del trapianto di intestino pediatrico in Italia;
- assistenza di alto livello al paziente politraumatizzato in quanto il P.O. Papa Giovanni XXIII è sede di uno dei sei Centri Trauma di Alta Specializzazione (CTS) per paziente adulto della regione, oltre che sede di CTS pediatrico (0-12 anni) regionale il che significa che viene fornito il massimo livello di idoneità ad accogliere pazienti di qualsiasi fascia d'età con lesioni traumatiche gravi all'addome, al torace, agli arti, alle vertebre e alla testa;
- ambito cardiologico e cardiochirurgico considerato che l'ASST Papa Giovanni XXIII è un centro specializzato nel trattamento delle malattie cardiovascolari, comprese tutte le forme di cardiopatie congenite. Il P.O. Papa Giovanni XXIII garantisce la diagnostica prenatale e il trattamento, se ricorrono le condizioni, già in utero, o comunque fin dai primi giorni di vita.

L'ASST Papa Giovanni XXIII garantisce l'assistenza in emergenza-urgenza attraverso una rete integrata costituita dal DEA di II livello dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII e dal Pronto Soccorso dell'Ospedale di San Giovanni Bianco, rete aziendale che si articola a sua volta con quella regionale.

Negli ultimi anni il fenomeno del sovraffollamento dei Pronto Soccorso ha assunto carattere strutturale a livello nazionale e regionale, determinato dalla crescente complessità clinica dei pazienti,

dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle condizioni croniche e dalla progressiva difficoltà di accesso alle strutture di ricovero e ai percorsi territoriali.
Coerentemente con gli indirizzi regionali, il presente Piano definisce le modalità organizzative e gestionali finalizzate a:

- garantire la sicurezza delle cure;
- assicurare la tempestività della presa in carico dei pazienti;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse professionali e strutturali;
- prevenire e gestire le condizioni di iperafflusso e sovraffollamento;
- favorire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- coordinare l'azione dei Presidi dell'ASST con AREU e con la rete ospedaliera provinciale e regionale.

1.2 Definizioni

Ai fini del presente Piano si adotteranno le definizioni regionali di:

Alta affluenza

Numero di accessi giornalieri compreso tra il 75° e il 90° percentile dello storico degli accessi.

Iperafflusso

Numero di accessi superiore al 91° percentile dello storico degli accessi.

Sovraffollamento

Condizione nella quale il numero di pazienti presenti e contemporaneamente gestibili supera le capacità operative del Pronto Soccorso, determinando criticità nei tempi di attesa, nel percorso diagnostico-terapeutico e nella disponibilità di posti letto per il ricovero.

1.3 Modello concettuale di riferimento

Il sovraffollamento viene analizzato secondo il modello "Input-Throughput-Output", ampiamente utilizzato a livello internazionale.

Input

Fattori che determinano l'afflusso dei pazienti:

- accessi spontanei;
- invii tramite AREU;
- fenomeni epidemici e stagionali;
- eventi eccezionali.

Throughput

Capacità del Pronto Soccorso di processare i pazienti:

- triage;
- visite;
- esami diagnostici;
- consulenze specialistiche;
- osservazione breve.

Output

Capacità dell'organizzazione ospedaliera e territoriale di garantire la dimissione o il ricovero del paziente:

- disponibilità di posti letto;
- trasferimenti intra/interospedalieri;
- percorsi post-acuti;
- strutture territoriali.

2. RUOLO DEI PRESIDI NELLA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA

2.1 Ospedale Papa Giovanni XXIII

L'Ospedale Papa Giovanni XXIII rappresenta il principale *hub* provinciale e rappresenta un riferimento regionale per la gestione delle emergenze, delle patologie tempo-dipendenti e delle urgenze ad elevata complessità.

Nell'ambito della **programmazione regionale** il presidio svolge le seguenti funzioni:

- DEA di II livello;
- Centro Traumi Specialistico (CTS);
- Centro di riferimento della rete trauma complesso;
- Centro STEMI di IV livello;
- Centro Stroke di II livello (Hub);
- Centro di IV livello per la rete delle emorragie digestive;
- Centro STEN con punto nascita;
- riferimento regionale per le urgenze pediatriche;
- sede di SPDC;

- sede di percorsi specialistici urgenti dedicati possedendo tutte le alte specialità necessarie con l'esclusione della gestione delle grandi ustioni.

Le tabelle di seguito riportano i dati relativi alle dimensioni del PO in termini di sale operatorie, diagnostica TC e RM, nonché i posti letto attivi e ampliabili in caso di necessità suddivisi per area; il dettaglio dei posti letto è riportato in allegato 3.

Sale operatorie	30
Sale parto	6 + 2 per tagli cesarei
Sale emodinamica	4
Polo angiografico	2
TC	2 +1 in PS
RMN	3

Area di ricovero	**Letti Attivi**	**Letti Aggiuntivi attivabili isorisorse**	**Letti Aggiuntivi attivabili**
Area medica (compresa SC Ematologia)	286	21	6
Area chirurgica	219	7	-
Area ostetrico-ginecologica	98	3	-
Area pediatrica	51	6	-
Terapia Intensiva	50	-	-
Terapia intensiva pediatrica	16	-	-
Terapia intensiva neonatale	20	-	-
Semintensiva (UCC, Pneumologia e Stroke)	18	-	-
Patologia neonatale	17	-	-
Riabilitazione	49	-	-
Psichiatria	28	2	-
Hospice	12	-	-

2.2 Ospedale di San Giovanni Bianco

Il Pronto Soccorso dell'Ospedale di San Giovanni Bianco costituisce presidio di riferimento per l'Alta Valle Brembana e svolge un ruolo essenziale nell'ambito della rete aziendale dell'emergenza-urgenza.
In particolare, assicura:

- presa in carico dei pazienti urgenti afferenti al territorio di competenza;

- stabilizzazione dei pazienti critici;
- attivazione dei percorsi di centralizzazione previsti dalle reti tempo-dipendenti;
- collaborazione con il DEA del Papa Giovanni XXIII per la gestione dei ricoveri e dei trasferimenti.

Nell'ambito del presente Piano il presidio concorre alla gestione delle situazioni di sovraffollamento attraverso percorsi assistenziali condivisi e attraverso la disponibilità di posti letto e percorsi di ricovero individuati dall'ASST.

Le tabelle di seguito riportano i dati relativi alle dimensioni del PO in termini di sale operatorie, diagnostica TC e RM, nonché i posti letto attivi e ampliabili in caso di necessità suddivisi per area.

Sale operatorie	2 dedicate ad attività elettiva non urgente
TC	1

Area di ricovero	Letti Attivi	Letti Aggiuntivi attivabili isorisorse	Letti Aggiuntivi attivabili
Area medica	25	1	4
Area chirurgica	17	-	-
Subacuti	16	-	4
Ospedale di comunità	20	-	-

2.3 Rapporti con AREU e SOREU

I due Pronto Soccorso operano in stretta integrazione con AREU e SOREU secondo le indicazioni regionali relative alla gestione della rete emergenza-urgenza.

I presidii possono richiedere alla Centrale Operativa la rimodulazione temporanea della destinazione dei mezzi di soccorso, nel rispetto delle indicazioni regionali e delle priorità cliniche dei pazienti (DGR 2933/14) nei seguenti casi:

- iperafflusso con parametri >91° percentile;
- sala emodinamica occupata per oltre 30 minuti (per l'invio di infarti miocardici acuti) – per PG23;
- sala operatoria indisponibile per oltre 1 ora (per l'invio di politraumi) – per PG23;
- presenza contemporanea di 2 codici 1 nelle prime tre ore di gestione – per PG23;

- presenza contemporanea di 4 pazienti in shock room che necessitano di cure intensive (*e.g.* codici 1 non ancora stabilizzati o in attesa di trasferimento nelle unità di degenza, pazienti sottoposti a ventilazione assistita o con shock in fase di stabilizzazione) – per PG23.

3. ANALISI DELL'ATTIVITÀ E DEI FLUSSI

3.1 Accessi ai Pronto Soccorso

I Pronto Soccorso aziendali registrano annualmente un volume di attività elevato e caratterizzato da una crescente complessità clinico-assistenziale.
Per ciascun presidio sono analizzati:

- numero complessivo di accessi nell'ultimo triennio;
- provenienza dei pazienti;
- distribuzione per codice di priorità;
- distribuzione oraria, giornaliera e settimanale
- distribuzione mensile
- quota di accessi trasportati da AREU;
- esiti dell'accesso;
- tassi di ricovero;
- accessi in OBI.

L'analisi storica costituisce la base per la scelta degli indicatori su cui vanno determinate le soglie di attivazione del Piano (Allegato 1).

3.2 Definizione delle soglie operative

Con riferimento agli indicatori dell'allegato 1 sono individuate le seguenti condizioni:

Livello		**Condizione**
Livello 0 - Ordinario	**<75° percentile**	attività ordinaria
Livello 1 - Attenzione	**75°-90° percentile**	alta affluenza
Livello 2 - Sovraffollamento	**>91° percentile**	Iperafflusso/sovraffollamento
Livello 3 – Grave criticità	**combinazione di iperafflusso +**	sovraffollamento grave

Livello		Condizione
	saturazione sistema	
Livello 4 – Stato di crisi aziendale	**combinazione di iperafflusso + saturazione sistema con persistere della criticità che la determina**	Condizione straordinaria caratterizzata dalla persistente incapacità del sistema aziendale di garantire un adeguato assorbimento dei pazienti urgenti nonostante l'attivazione delle misure previste dai livelli precedenti

Le soglie sono determinate mediante l'utilizzo dei percentili regionali e attraverso indicatori dinamici di funzionamento del sistema. Le prime tre soglie derivano dall'Allegato 1 della DGR X/2933 del 19/12/2014.

3.3 Indicatori di monitoraggio

Per il monitoraggio continuo della situazione operativa vengono utilizzati i seguenti indicatori:

Indicatori statici (descritti nel capitolo relativo alle dotazioni)

- posti letto aziendali disponibili complessivi e suddivisi per aree;
- posti letto tecnici di PS;
- posti OBI (Osservazione Breve Intensiva);
- postazioni di visita.

Indicatori dinamici (disponibili in tempo reale nella piattaforma regionale EUOL – Emergenza Urgenza On Line)

- pazienti presenti in PS;
- pazienti in attesa di visita;
- pazienti in attesa di ricovero (*boarding*);
- pazienti in OBI (Osservazione Breve Intensiva);
- pazienti critici contemporaneamente presenti;
- pazienti avviati verso i percorsi di *fast track*;
- occupazione dei posti letto ospedalieri: quest'ultimo dato è disponibile nel cruscotto aziendale.

Indicatori temporali (disponibili in tempo reale nella piattaforma regionale EUOL e come dato storico aziendale)

- tempo di attesa alla prima visita suddiviso per codice di priorità;
- tempo di *boarding*;

- LOS (*Lenght Of Stay*) complessiva;
- LOS (*Lenght Of Stay*) per pazienti ricoverati e per pazienti trasferiti.

4. DOTAZIONI STRUTTURALI E CAPACITÀ DI RISPOSTA

4.1 Dotazioni del DEA Papa Giovanni XXIII

La **presenza medica** sul PS adulti è organizzata su 9 turni di lavoro nella fascia oraria mattutina (7 – 14), 7 turni nella fascia oraria pomeridiana (14 – 21) e 4 turni nella fascia oraria notturna (21 – 7). Il PS pediatrico è attivo H24 con una linea di attività e un rinforzo nella fascia oraria 10-18.
I **turni infermieristici** sono organizzati come indicato nella tabella seguente.

		MATTINA		POMERIGGIO		NOTTE	
	LINEA	INFERMIERI	OSS	INFERMIERI	OSS	INFERMIERI	OSS
	COORDINATORE Infermieristico	1					
	Infermiere giornaliero	1					
	STEWARD_INFERMIERISTICO	1		1			
	TRIAGE (*)	3	1	3	1	3	1
PS_ADULTI	SHOCK ROOM	3		3		2	
	SALA TRAUMA	1		1		1	
	S2_PEMAF	1		1		1	
	S3_BOX	1		1		1	1
	S4_BOX	1		1		1	
	OBI	1	1	1	1	1	
PS_PEDIATRICO	SALA VISITA	1	1	1	1	1	
	OBI	1		1		1	
	MSA2	1		1		1	

Si precisa che il turno di Triage si articola su quattro turni, nelle seguenti fasce orarie: 07.00-12.00; 12.00-18.00; 18.00-00.00; 23.59-07.00.

Presso il PS sono attivi i percorsi di *fast track* di Pediatria, Oculistica, Ortopedia e Otorinolaringoiatria. Nella fascia oraria 8.00 – 15.30 gli utenti deambulanti inviati presso il PO dai curanti con ricetta con dicitura "urgente" (da eseguirsi entro 24 ore), sono riferiti agli ambulatori senza transitare da PS (*e.g.* Dermatologia).

Il PS ostetrico-ginecologico con il relativo *triage* è effettuato in area distinta con personale e percorsi dedicati.

Il DEA del Papa Giovanni XXIII dispone delle seguenti dotazioni strutturali e tecnologiche dedicate all'emergenza-urgenza:

	PS Adulti	PS Pediatrico
Barelle	32	9
Barelle per politrauma	4	-
Barelle PEMAF	10	-
N° postazioni Shock Room	5	1
N° postazioni Sala Visita	6	2
N° postazioni Sala Visita Traumatologia	1	-
PL OBI	8	2
Letti Osservazione - *Boarding*	5	6
PL attivi Medicina d'Urgenza	12	-
Ventilatori dedicati all'emergenza	9*	

**6 per invasiva a e 3 per non invasiva*

Sono attivati i seguenti Protocolli per la Presa in Carico Infermieristica:

- Anemia
- Dispnea
- Dolore toracico
- Dolore addominale
- Epistassi
- Frattura di femore
- Ritenzione acuta di urina

Non si riscontrano andamenti stagionali significativi al di fuori di quelli rilevati durante il periodo di picco dell'epidemia influenzale.

4.2 Dotazioni del Pronto Soccorso di San Giovanni Bianco

Il PS opera tutti i giorni H24 con una linea unica di attività.
Le **risorse mediche** appartengono all'unica équipe della SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.
I **turni infermieristici** sono organizzati come indicato nella tabella seguente.

	MATTINA		POMERIGGIO		NOTTE	
LINEA	INFERMIERI	OSS	INFERMIERI	OSS	INFERMIERI	OSS
COORDINATORE Infermieristico	1					
TRIAGE	1	1	1	1	1	1
SALA	1		1			
MSA1	1		1		1	

Il Pronto Soccorso di San Giovanni Bianco dispone delle seguenti dotazioni strutturali e tecnologiche dedicate all'emergenza-urgenza:

Barelle	4
N° postazioni Shock Room	2
N° postazioni Sala Visita	2
PL OBI	2
Letti Osservazione - Boarding	4
Ventilatori dedicati all'emergenza	3*

**1 da trasporto*

Sono attivati i seguenti Protocolli per la Presa in Carico Infermieristica:

- Dispnea
- Dolore addominale
- Dolore toracico
- Epistassi
- Fratture femore
- Iperpiressia
- Ritenzione acuta di urina
- Trauma minore

Gli accessi a questo PS presentano un andamento stagionale significativo, osservando un incremento degli stessi durante il periodo estivo (luglio-agosto) legato al turismo. Durante il periodo invernale l'incremento degli accessi si rileva durante il periodo di picco dell'epidemia influenzale, non risentendo particolarmente dei flussi turistici come durante l'estate.

4.3 Capacità operativa ordinaria

La capacità operativa ordinaria è definita sulla base dei volumi storici di attività e del numero di pazienti contemporaneamente gestibili in condizioni di sicurezza.
Tale capacità viene rivalutata annualmente sulla base:

- degli accessi registrati;
- della disponibilità di personale
- delle dotazioni strutturali;
- della disponibilità di posti letto aziendali.

4.4 Gestione dei pazienti critici

Per il PO Papa Giovanni XXIII è confermata quale area di riferimento per la gestione dei pazienti critici la shock room, dotata di **6 postazioni**, di cui una pediatrica.
In tale area può essere garantita la gestione di pazienti fino ad un massimo di:

- 2 pazienti critici (codice 1) ogni 3 ore;
- la presenza contemporanea di 4 pazienti ad elevata intensità assistenziale (*e.g.* codici 1 non ancora stabilizzati o in attesa di trasferimento nelle unità di degenza, pazienti sottoposti a ventilazione assistita o con shock in fase di stabilizzazione) ogni 3 ore.

Per il PO di San Giovanni Bianco l'area di riferimento per la gestione dei pazienti critici è la shock room, dotata di due postazioni. Il paziente è stabilizzato e preparato per la centralizzazione.

Il superamento di tali soglie costituisce elemento di aggravamento nella valutazione complessiva dello stato di affollamento dei PS.

5. SISTEMA AZIENDALE DI GOVERNO DEI FLUSSI E BED MANAGEMENT

5.1 Principi generali

Il fenomeno del sovraffollamento dei Pronto Soccorso rappresenta il risultato dell'interazione tra domanda assistenziale, capacità di presa in carico dei servizi di emergenza-urgenza e disponibilità di risorse ospedaliere e territoriali per il completamento dei percorsi di cura. La gestione dei flussi dei

pazienti non costituisce pertanto una problematica circoscritta ai Pronto Soccorso o alla Medicina d'Urgenza, ma rappresenta una responsabilità condivisa dell'intera organizzazione aziendale.
In tale contesto, il presente Piano individua nel sistema di Bed Management lo strumento organizzativo principale per garantire:

- l'appropriata allocazione dei pazienti;
- il contenimento dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso;
- la riduzione del fenomeno del *boarding*;
- il governo integrato dei posti letto ospedalieri;
- il raccordo tra ospedale, rete provinciale e servizi territoriali.

5.2 Modello organizzativo aziendale

Il modello adottato dall'ASST su entrambi i due presidi ospedalieri si fonda sul governo unitario dei flussi di ricovero, trasferimento e dimissione attraverso il coordinamento tra:

- Direzione Sanitaria;
- Gestione Operativa;
- Direzione Medica;
- SC Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza;
- Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali;
- Bed Manager;
- Strutture di ricovero aziendali dei due presidi ospedalieri;
- COT e Dimissioni Protette;
- Polo Territoriale;

L'obiettivo è assicurare che ciascun paziente venga accolto nel *setting* assistenziale più appropriato in relazione alla complessità clinica, all'intensità assistenziale richiesta e alla fase del percorso di cura.

5.3 La funzione di Bed Management

La funzione di Bed Management costituisce il nodo di coordinamento operativo dei ricoveri urgenti e della disponibilità dei posti letto aziendali.
Il Bed Manager svolge un ruolo di facilitazione e integrazione tra le diverse componenti organizzative coinvolte nella gestione dei percorsi assistenziali, assicurando il mantenimento della continuità tra accesso in Pronto Soccorso, ricovero, degenza e dimissione.
Le attività principali comprendono:

a) Governo dei ricoveri urgenti

- continua gestione dei pazienti in attesa di ricovero (da PS/ambulatorio/domicilio) e governo delle richieste di centralizzazione
- individuazione della destinazione più appropriata;
- coordinamento delle allocazioni nelle diverse aree di degenza;
- supporto alla gestione delle criticità di disponibilità di posti letto.

b) Governo della disponibilità dei posti letto

- monitoraggio quotidiano dei posti letto disponibili;
- verifica delle previsioni di dimissione;
- valutazione dell'occupazione delle aree di degenza;
- gestione coordinata delle disponibilità intra ed extra aziendali.

c) Governo delle dimissioni

- raccordo con le unità operative;
- monitoraggio delle dimissioni programmate;
- promozione delle dimissioni precoci;
- supporto all'attivazione dei percorsi di continuità assistenziale.

d) Governo dei percorsi territoriali

- collaborazione con la COT e le Dimissioni Protette;
- integrazione con cure intermedie, subacute e ospedali di comunità;
- raccordo con riabilitazione, assistenza domiciliare e servizi sociali;
- facilitazione dei percorsi verso le strutture sociosanitarie.

5.4 Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri

È stata attivata a livello aziendale una cabina di regia per la gestione dei ricoveri, con particolare attenzione a quelli di area medica. Tale organismo si incontra periodicamente per rivalutare i dati di attività e promuovere azioni di miglioramento dei percorsi; si attiva in modo straordinario in presenza di criticità.

È composto da:

- Direttore Sanitario o suo delegato;
- Direttore della SC Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza;
- Direttore della SC Gestione Operativa;
- Direttore DAPSS o delegato;
- Bed Manager;

- Direttore del Dipartimento di Area medica;
- Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza e area critica;
- Responsabili delle principali strutture di degenza coinvolte;
- Referente individuato dalla Direzione Sociosanitaria;
- Responsabile della Centrale Operativa Territoriale.

Il Nucleo in condizioni di criticità ha il compito di:

- valutare la situazione di sovraffollamento;
- individuare le azioni correttive;
- coordinare le misure straordinarie;
- monitorare il rientro alla situazione ordinaria.

5.5 Il ruolo del Presidio di San Giovanni Bianco

Nell'ambito del sistema aziendale dei flussi, il Presidio Ospedaliero di San Giovanni Bianco rappresenta una risorsa strategica per la gestione integrata dell'emergenza-urgenza.
Oltre a garantire la presa in carico dei pazienti del proprio territorio, il presidio concorre alla gestione dei ricoveri urgenti aziendali attraverso:

- la disponibilità di posti letto di area medica;
- la presa in carico di pazienti a bassa - media complessità;
- la collaborazione ai processi di decongestionamento del DEA;
- il supporto ai percorsi di continuità assistenziale.

5.6 Il ruolo del Polo Territoriale

Il Polo Territoriale dell'ASST Papa Giovanni XXIII costituisce parte integrante del sistema aziendale di governo dei flussi urgenti e rappresenta uno degli strumenti fondamentali per la prevenzione e la gestione delle situazioni di sovraffollamento dei Pronto Soccorso.
L'integrazione tra ospedale e territorio consente infatti di favorire la presa in carico precoce delle persone fragili, garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione, ridurre il rischio di riospedalizzazione evitabile e sostenere i percorsi di decongestionamento delle strutture ospedaliere.
Nell'ambito del presente Piano, il Polo Territoriale concorre al governo dei flussi attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) e le Dimissioni Protette, le Cure Domiciliari, le Cure Palliative Domiciliari, gli Ospedali di Comunità, le Cure Intermedie, le strutture riabilitative territoriali e l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

5.6.1 Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale rappresenta il nodo organizzativo di raccordo tra ospedale, territorio e rete sociosanitaria, con funzioni di coordinamento dei percorsi assistenziali e di facilitazione della continuità delle cure. La COT assicura il collegamento tra i servizi ospedalieri e territoriali, favorendo l'identificazione precoce dei bisogni assistenziali complessi e l'attivazione tempestiva dei servizi necessari al momento della dimissione o durante la permanenza del paziente in Pronto Soccorso o nei reparti di degenza.

Particolare rilevanza assume la collaborazione tra Bed Management e Centrale Operativa Territoriale, finalizzata a individuare precocemente i pazienti che necessitano di percorsi territoriali, promuovere la tempestiva attivazione delle risorse disponibili e facilitare il trasferimento verso *setting* assistenziali appropriati.

Il percorso di integrazione si articola nelle seguenti fasi:

- identificazione precoce dei pazienti con bisogni assistenziali territoriali;
- valutazione condivisa delle condizioni cliniche e assistenziali;
- attivazione della presa in carico territoriale tramite i canali aziendali previsti;
- coordinamento del percorso di dimissione e del successivo follow-up;
- monitoraggio degli esiti e delle eventuali criticità assistenziali.

La medesima collaborazione assume particolare rilevanza nelle situazioni di straordinario afflusso, eventi maggiori, attivazione del Piano Pandemico o del Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF), nelle quali la disponibilità di percorsi territoriali può contribuire alla liberazione tempestiva di posti letto ospedalieri e al mantenimento della capacità di risposta dell'Azienda.

Dimissioni Protette

Le Dimissioni Protette, appartenenti alla COT, rappresentano il principale strumento aziendale per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale destinati ai pazienti che necessitano di ulteriori interventi sanitari o sociosanitari dopo la fase acuta di ricovero. In raccordo con le strutture di degenza, il Bed Management, le COT e le reti territoriali, favoriscono l'accesso appropriato a:

- Cure Intermedie;
- Ospedali di Comunità;
- percorsi riabilitativi;
- strutture subacute;
- RSA e altre strutture sociosanitarie;
- percorsi domiciliari complessi.

Tale attività contribuisce alla riduzione delle permanenze inappropriate in ospedale, incrementando l'efficienza complessiva della gestione dei posti letto.

5.6.2 Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

L'Unità di Continuità Assistenziale rappresenta una risorsa territoriale specialistica dedicata alla presa in carico domiciliare dei pazienti complessi che necessitano di valutazioni cliniche, monitoraggi o interventi assistenziali non differibili, ma non richiedenti l'accesso ai servizi di emergenza-urgenza.
L'UCA opera attraverso équipe multiprofessionali mobili in grado di eseguire visite, controlli clinici e valutazioni strumentali direttamente presso il domicilio del paziente.
Nell'ambito del presente Piano l'UCA costituisce uno strumento utile per:

- favorire dimissioni precoci e sicure;
- supportare pazienti fragili o a ridotta mobilità;
- prevenire accessi impropri ai Pronto Soccorso;
- ridurre il rischio di riospedalizzazione precoce;
- garantire continuità assistenziale nei periodi di particolare pressione sui servizi ospedalieri.

6. GESTIONE DELLA DISPONIBILITÀ DEI POSTI LETTO

6.1 Principi generali

La gestione dei posti letto è considerata una funzione aziendale strategica finalizzata a garantire l'appropriata allocazione dei pazienti e la continuità dei percorsi assistenziali.
La disponibilità tempestiva di posti letto per i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso rappresenta uno dei principali determinanti della capacità di risposta della rete aziendale dell'emergenza-urgenza.
Il fenomeno del *boarding* e della permanenza prolungata dei pazienti in attesa di ricovero costituisce una criticità organizzativa trasversale che interessa l'intero sistema ospedaliero e non esclusivamente il Pronto Soccorso.

6.2 Dotazione complessiva della rete aziendale

La rete ospedaliera dell'ASST è costituita da:

- Papa Giovanni XXIII - DEA di II livello
- San Giovanni Bianco - Pronto Soccorso

I due presidi dispongono complessivamente di oltre 1.000 posti letto accreditati e condividono un sistema unitario di gestione dei flussi assistenziali.
La dotazione di posti letto ordinari è riportata sinteticamente nel capitolo 2 con evidenza della tipologia di offerta (area critica, degenze ordinarie e cure subacute e territoriali; nell'allegato 3 sono indicati il numero dei posti letto attivi suddivisi per ciascuna unità strutturale e i posti aggiuntivi che possono essere attivati in caso di particolari criticità (isorisorse e con incremento di personale, se disponibile).

6.3 Fabbisogno di ricovero urgente

L'analisi dei flussi aziendali evidenzia che il fabbisogno di ricovero urgente proveniente dal Pronto Soccorso presenta caratteristiche prevedibili per le principali discipline. Le maggiori necessità di ricovero urgente si riscontrano in ambito medico, per cui i tempi di *boarding* si presentano più elevati. Al fine di migliorare le capacità di ricovero l'ASST ha attivato percorsi di collaborazione con le strutture accreditate prive di PS per il ricovero di pazienti di area medica a bassa-media complessità.
L'analisi condotta nell'ambito delle attività di Bed Management ha evidenziato il seguente fabbisogno giornaliero, indicato come range nella tabella 6.1. A tale fabbisogno è data una risposta sia attraverso ricoveri interni, sia attraverso ricoveri nelle strutture esterne attivando i trasferimenti.

Tabella 6.1 - Fabbisogno giornaliero di ricovero urgente (Range)

Struttura	Ricoveri da PS/die
Cardiologia	2-3
Ematologia	0-1
Gastroenterologia	0-1
Malattie Infettive	1-2
Medicina d'Urgenza	1-2
Medicina Interna	3-4
Nefrologia	0-1
Neurologia	2
Oncologia	0-1
Pneumologia	0-1
Area Chirurgica	4
Medicina interna 2 – San Giovanni Bianco	1

Sulla base di tali dati le strutture dovrebbero programmare preventivamente la disponibilità dei posti letto necessari ai ricoveri urgenti.

6.4 Monitoraggio del *boarding*

Il monitoraggio aziendale evidenzia che il *boarding* rappresenta il principale fattore organizzativo associato al sovraffollamento del DEA. Il dato riportato in allegato 1 è utilizzato per la costruzione delle soglie di attivazione dei diversi livelli.

I dati confermano come il Presidio di San Giovanni Bianco può costituire una risorsa rilevante nella strategia aziendale di decongestionamento dei flussi di ricovero per pazienti di bassa – media complessità.

6.5 Pianificazione delle dimissioni

La disponibilità di posti letto viene perseguita attraverso una pianificazione attiva delle dimissioni.
Le Unità Operative:

- definiscono quotidianamente il piano delle dimissioni;
- comunicano le disponibilità al Bed Manager;
- garantiscono, ove possibile, la continuità delle dimissioni nei giorni festivi e prefestivi;
- promuovono attivazione precoce di percorsi territoriali.

6.5.1 Attivazione precoce dei percorsi territoriali

L'attivazione tempestiva della rete territoriale costituisce una misura ordinaria di governo dei flussi e rappresenta uno degli strumenti prioritari per il contenimento delle situazioni di sovraffollamento e per il mantenimento della capacità di risposta dei Pronto Soccorso aziendali.

La gestione della disponibilità dei posti letto non può prescindere, infatti, dall'identificazione precoce dei pazienti che necessitano di percorsi di continuità assistenziale successivi alla dimissione ospedaliera. A tale scopo, fin dal Pronto Soccorso, e poi in Medicina d'Urgenza o nei reparti di degenza, è promossa la valutazione tempestiva delle persone che presentano condizioni di fragilità clinica, assistenziale o sociale suscettibili di richiedere l'attivazione di servizi territoriali. L'individuazione precoce del bisogno consente di avviare anticipatamente i processi di presa in carico e di ridurre le permanenze improprie, contribuendo al miglior utilizzo delle risorse ospedaliere e alla prevenzione del fenomeno del *boarding* prima e dei *bed blockers* poi.

I principali percorsi attivabili comprendono:

- Cure Domiciliari;
- Cure Palliative Domiciliari;
- Ospedali di Comunità;

- Cure Intermedie;
- percorsi riabilitativi territoriali;
- strutture sociosanitarie residenziali;
- Unità di Continuità Assistenziale;
- altri servizi territoriali attivabili tramite Centrale Operativa Territoriale.

Il percorso è definito mediante collaborazione tra équipe clinica, Bed Manager, Centrale Operativa Territoriale e Dimissioni Protette, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, assistenziale e organizzativa.

6.6 Gestione delle situazioni di criticità

Quando la disponibilità ordinaria non risulta sufficiente alla gestione dei ricoveri urgenti, vengono progressivamente attivate misure straordinarie.

6.6.1 Posti letto aggiuntivi

L'Azienda può attivare posti letto soprannumerari all'interno del piano di degenza o in appoggio presso altri reparti secondo le disponibilità delle strutture di ricovero come rappresentato nell'allegato 3 (posti letto attivi e aggiuntivi al progredire delle diverse fasi).

6.6.2 Ricoveri in appoggio

In caso di saturazione delle strutture competenti, il paziente può essere temporaneamente collocato presso un'altra unità operativa.
Restano confermati i principi di:

- responsabilità clinica attribuita all'unità di competenza;
- responsabilità assistenziale infermieristica attribuita all'unità ospitante.

6.6.3 Utilizzo della rete aziendale ed extraziendale

La rete aziendale costituisce parte integrante delle strategie di gestione del sovraffollamento. In particolare, il Presidio di San Giovanni Bianco rappresenta una risorsa strutturale per:

- ricoveri di area medica (Medicina Interna, Subacuti e Ospedale di Comunità);
- trasferimenti intra-aziendali;
- gestione di pazienti a bassa-media complessità;
- percorsi di continuità assistenziale grazie alla presenza di laboratorio, diagnostica per immagini con TC, presenza degli specialisti chirurgo e ortopedico organizzati secondo un modello di *Week Surgery*.

Sono, inoltre, presenti, come già anticipato, percorsi di collaborazione con le Strutture Accreditate della provincia prive di pronto soccorso per il trasferimento diretto dal PS del PO Papa Giovanni XXIII verso le degenze internistiche per pazienti a bassa-media complessità. Tale attività è evidenziata dai numeri dei trasferiti da PS.

6.7 Cruscotto aziendale dei posti letto

È attivo a livello aziendale un cruscotto di monitoraggio della saturazione dei posti letto.
Sono, inoltre, disponibili in *datawharehouse* gli indicatori di degenza su base mensile per ciascuna Struttura:

- n° ricoveri effettuati
- n° ricoveri effettuati in urgenza
- degenza media
- tasso di occupazione
- indice di rotazione
- indice di *turn over*.

7. LIVELLI DI ALLERTA, CRITERI DI ATTIVAZIONE DEL PIANO E AZIONI PREVISTE

7.1 Finalità

Il presente sistema di allerta definisce le modalità di identificazione precoce delle condizioni che possono determinare criticità nella gestione dei pazienti urgenti afferenti ai Pronto Soccorso dell'ASST Papa Giovanni XXIII.
L'obiettivo è consentire l'attivazione progressiva e proporzionata delle misure organizzative previste dal Piano, evitando il deterioramento delle condizioni operative dei Pronto Soccorso e garantendo la sicurezza dei pazienti e degli operatori.
Il sistema è applicato ai due presidi aziendali:

- DEA di II livello del PO Papa Giovanni XXIII;
- Pronto Soccorso del PO di San Giovanni Bianco.

7.2 Modello di riferimento

La valutazione dello stato di affollamento si basa sul modello organizzativo "*Input - Throughput - Output*", che individua tre determinanti fondamentali del sovraffollamento.

Ambito	**Oggetto di valutazione**
Input	Afflusso dei pazienti
Throughput	Capacità di presa in carico del Pronto Soccorso
Output	Disponibilità di posti letto e capacità di ricovero; attivazione di percorsi territoriali protetti

Il livello di criticità è determinato attraverso l'analisi integrata di tali componenti. Le valutazioni sono effettuate utilizzando i dati disponibili nei sistemi aziendali e nei cruscotti di monitoraggio del *Bed Management*.

Le **soglie operative aziendali** sono determinate annualmente sulla base dell'analisi degli indicatori storici aziendali mediante metodologia percentilica continua, come descritta nel capitolo metodologico (Allegato 2). Sono approvate e diffuse come da allegato 1 al presente Piano e costituiscono il riferimento ufficiale per l'attivazione dei livelli di allerta aziendali nel periodo di validità dell'allegato.

7.3 Indicatori di monitoraggio

Gli indicatori **utilizzati ai fini dell'identificazione del livello di allerta** sono suddivisi nelle tre aree del modello.

7.3.1 Indicatori di *Input*

Sono monitorati e messi a rapporto con il 75°, 91° e 95° percentile storico:

- numero totale di accessi nelle ultime 24 ore;
- numero di accessi trasportati da AREU;
- numero di pazienti ad elevata priorità clinica (codice 1);
- andamento degli accessi nelle fasce orarie 8-14 e 14-20.

7.3.2 Indicatori di *Throughput*

Sono monitorati e messi a rapporto con il 75°, 91° e 95° percentile storico:

- numero di pazienti presenti in Pronto Soccorso alle ore 8.00, 14.00 e 20.00;
- numero di pazienti in attesa di prima visita alle ore 8.00 e alle ore 14.00;

- NEDOCS - occupazione delle aree di trattamento; tale indicatore rilevabile nella piattaforma regionale EUOL pesa diversi elementi: dall'occupazione degli spazi di PS, al *boarding* e al tempo di gestione dei pazienti. Un suo utilizzo esclusivo non è opportuno in quanto può risentire in modo significativo del tempo di gestione anche di un solo paziente, identificando una situazione di pericoloso sovraffollamento non corrispondente alla realtà. Tuttavia, si ritiene, che la sua valutazione insieme agli altri parametri possa essere utile.

7.3.3 Indicatori di *Output*

Sono monitorati e messi a rapporto con il 75°, 91° e 95° percentile storico:

- numero di pazienti in *boarding* alle ore 8.00, 14.00 e 20.00;
- tempo medio di *boarding*;

Sono, inoltre, considerati elementi importanti per valutare la saturazione dell'offerta:

- disponibilità di posti letto di area medica;
- disponibilità di posti letto di area chirurgica;
- ricoveri in appoggio attivati;
- posti letto aggiuntivi attivati;
- disponibilità della rete territoriale e delle strutture convenzionate.

7.4 Livelli, soglie di attivazione, responsabilità e azioni

Si identificano 5 livelli di attivazione:

Livello	**Criterio**
🟢 Livello 0	Valori inferiori al 75° percentile
🟡 Livello 1	**Almeno due** indicatori oltre il 75° percentile
🟠 Livello 2	**Almeno tre** indicatori oltre il 91° percentile oppure condizioni shock room*
🔴 Livello 3	**Almeno due** indicatori oltre il 95° percentile
⚫ Livello 4	Persistenza del Livello 3 >12 ore

**presenza di due pazienti critici nelle stesse tre ore; presenza contemporanea di quattro pazienti ad alta intensità assistenziale in shock room*

La tabella sinottica riporta per ogni livello, la definizione, la descrizione dei criteri orientativi di attivazione, le responsabilità e le azioni da intraprendere.

Livello	Definizione	Criteri orientativi	Responsabilità	Azioni
🟢 Livello 0 Operatività Ordinaria	Condizione in cui il sistema ospedaliero mantiene piena capacità di risposta alle richieste assistenziali e la gestione dei ricoveri avviene attraverso i percorsi ordinari. Il ricorso ai servizi territoriali costituisce parte integrante della normale attività di gestione dei ricoveri e delle dimissioni e rappresenta uno degli strumenti ordinari di prevenzione del sovraffollamento.	○ accessi inferiori al 75° percentile storico; ○ disponibilità regolare di posti letto; ○ assenza di significativa attività di *boarding* (inferiore al 75° percentile); ○ piena operatività delle aree critiche.	Personale di PS.	○ ordinario monitoraggio dei flussi; ○ attività routinaria di Bed Management; ○ monitoraggio quotidiano delle dimissioni;

Livello	Definizione	Criteri orientativi	Responsabilità	Azioni
🟡 Livello 1 Stato di Attenzione	Condizione caratterizzata da un iniziale incremento della pressione assistenziale che può evolvere verso situazioni di sovraffollamento qualora non vengano adottate tempestive misure correttive. È potenziato il raccordo con il Polo Territoriale al fine di favorire la precoce liberazione di posti letto ospedalieri e prevenire l'evoluzione verso condizioni di sovraffollamento.	Il livello può essere attivato in presenza di **almeno due** dei seguenti elementi: *Input* ○ superamento del 75° percentile degli accessi storici. *Throughput* ○ NEDOCS superiore al 75° percentile *Output* ○ saturazione della disponibilità di offerta quotidiana di posti letto di area medica; ○ incremento del numero di pazienti in boarding (superamento del 75° percentile).	La gestione è coordinata dal Bed Manager in collaborazione con il medico responsabile del Pronto Soccorso e con la Gestione Operativa.	○ verifica straordinaria delle disponibilità di ricovero; ○ verifica straordinaria dei percorsi di dimissione programmati nelle successive 24-48 ore; ○ verifica delle disponibilità presso San Giovanni Bianco; ○ segnalazione prioritaria alla Centrale Operativa Territoriale dei pazienti con bisogni assistenziali complessi; ○ rivalutazione delle richieste già in corso presso Cure Intermedie, Ospedali di Comunità, Riabilitazione e Cure Domiciliari; ○ monitoraggio congiunto Bed Management-COT delle situazioni suscettibili di dimissione anticipata in sicurezza; ○ coinvolgimento prioritario dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) per i pazienti che necessitano di supporto clinico-diagnostico domiciliare e che non richiedono ulteriore permanenza ospedaliera; ○ aggiornamento della disponibilità delle risorse territoriali utilizzabili nel breve termine; ○ monitoraggio ravvicinato degli indicatori di *boarding*; ○ informazione alla Direzione Sanitaria.

Livello	Definizione	Criteri orientativi	Responsabilità	Azioni
🟠 Livello 2 Sovraffollamento	Condizione di sovraffollamento conclamato nella quale il normale funzionamento del sistema richiede l'attivazione coordinata di misure straordinarie.	**Almeno tre indicatori tra i seguenti:** *Input* o superamento del 91° percentile degli accessi. *Throughput* o NEDOCS superiore al 91° percentile *Output* o incremento del numero di pazienti in *boarding* (superamento del 75° percentile); o saturazione della disponibilità di offerta quotidiana di posti letto di area medica. Oppure: o contemporanea presenza di due pazienti in codice 1 nella medesima finestra temporale di tre ore; o presenza contemporanea di quattro pazienti ad elevata intensità assistenziale nella *shock room*.	Direttore della SC Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza o suo delegato, in raccordo con la Gestione Operativa e con il Bed Manager.	Alle misure precedenti si aggiungono: o comunicazione alla Centrale Operativa della SOREU; o attivazione del Bed Manager quale coordinatore operativo dei flussi; o rivalutazione della distribuzione dei posti letto disponibili e utilizzo prioritario dei posti letto resi disponibili dalle dimissioni; o valutazione della disponibilità di ricovero presso il Presidio di San Giovanni Bianco. o raccordo strutturato tra Bed Management, Centrale Operativa Territoriale e Dimissioni Protette per l'attivazione di percorsi accelerati di collocazione territoriale per i degenti verso strutture territoriali e accreditate (Cure Intermedie, Ospedali di Comunità e percorsi riabilitativi, dimissione protetta dei pazienti già valutati come appropriati e attivazione precoce di Cure Domiciliari e Cure Palliative Domiciliari per i pazienti eleggibili); o monitoraggio dei pazienti in attesa con attivazione di personale aggiuntivo in PS o attivazione della Cabina di Regia Aziendale dei Flussi.

Livello	Definizione	Criteri orientativi	Responsabilità	Azioni
🔴 Livello 3 Grave sovraffollamento	Condizione nella quale le misure previste ai livelli precedenti risultano insufficienti a garantire il corretto funzionamento del sistema emergenza-urgenza.	**Almeno due indicatori tra i seguenti:** *Input* o superamento del 95° percentile degli accessi. *Throughput* o NEDOCS superiore al 95° percentile *Output* o superamento del 95° percentile del numero di pazienti in *boarding*; o persistente saturazione delle disponibilità di ricovero con utilizzo esteso dei ricoveri in appoggio e dei posti letto aggiuntivi.	Gestione Operativa con il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Aziendale.	Alle misure precedenti si aggiungono: o attivazione dei ricoveri aggiuntivi all'interno del reparto o in appoggio presso altri reparti o attivazione dei posti letto aggiuntivi con reclutamento straordinario di personale sanitario (medico e/o infermieristico) o ricoveri presso San Giovanni Bianco; o ricognizione straordinaria delle disponibilità territoriali aziendali e della rete accreditata; o trasferimenti presso altre strutture di ricovero;

Livello	Definizione	Criteri orientativi	Responsabilità	Azioni
● Livello 4 Stato di crisi aziendale	Condizione straordinaria caratterizzata dalla persistente incapacità del sistema aziendale di garantire un adeguato assorbimento dei pazienti urgenti nonostante l'attivazione delle misure previste dai livelli precedenti.	Persistenza del livello 3 per più di 12 ore.	Direzione Sanitaria Aziendale	Alle misure precedenti si aggiungono: o sospensione programmata dei ricoveri differibili di area medica; o rimodulazione temporanea dell'attività elettiva chirurgica; o utilizzo sistematico della rete ospedaliera e territoriale attraverso l'attivazione di CRETAC; o massima utilizzazione appropriata dei percorsi territoriali e sociosanitari disponibili; o monitoraggio giornaliero delle dimissioni protette e dei trasferimenti territoriali; o la verifica delle ulteriori disponibilità offerte dalla rete provinciale e regionale: o raccordo con AREU e con le strutture della rete regionale; o attivazione dell'Unità di Crisi Aziendale.

7.5 Matrice delle responsabilità

Livello	Responsabile operativo	Livello di comunicazione
0	Coordinatore di turno	Ordinario
1	Bed Manager	Gestione Operativa e DAPSS
2	Direttore SC PS-MEU o delegato	Gestione Operativa e DAPSS
3	Gestione Operativa	Direzione Sanitaria
4	Direzione Sanitaria	Direzione Strategica

7.6 Rivalutazione e disattivazione dei livelli

Il livello di allerta è rivalutato periodicamente sulla base dell'andamento degli indicatori monitorati.
Il rientro ad un livello inferiore è disposto dal medesimo soggetto responsabile dell'attivazione, una volta ripristinate condizioni operative compatibili con la normale capacità di risposta del sistema aziendale.

8. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

L'efficacia del Piano viene monitorata attraverso specifici indicatori di processo riportati di seguito.

AREA PRONTO SOCCORSO

- Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti;
- Numero di pazienti che lasciano il Pronto Soccorso dopo l'accettazione e prima della visita (abbandoni);
- rientri in PS entro 72 ore dei pazienti dimessi;
- trasferimenti intra-aziendali e interaziendali.

AREA DEGENZE

- Tempo di *boarding*.
- utilizzo di posti letto aggiuntivi;
- numero di ricoveri in appoggio;
- degenza media.

AREA POLO TERRITORIALE:

- richieste COT attivate;
- dimissioni protette attivate;
- accessi UCA attivati;
- cure domiciliari attivate;
- rientri in PS entro 72 ore dei pazienti dimessi con attivazione territoriale.

9. ALLEGATI

Allegato 1 – Analisi dati storici e tabella aziendale delle soglie operative per la gestione del sovraffollamento
Allegato 2 - Metodologia di determinazione delle soglie aziendali di allerta
Allegato 3 – Posti letto attivi e aggiuntivi
Allegato 4 – Normativa di riferimento
Allegato 5 – Sviluppi programmati e revisioni successive
Allegato 6 – Tabella degli indicatori

ALLEGATO 1 – ANALISI DATI STORICI E TABELLA AZIENDALE DELLE SOGLIE OPERATIVE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

ANALISI DATI STORICI

L'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo rientra tra le Aziende di alta specializzazione presenti in Regione Lombardia essendo in grado di fornire risposte in termini di diagnosi, cura e assistenza ad un ampio spettro di patologie che vanno dalle più comuni cause di morbosità a diverse malattie rare. Il Polo Ospedaliero è composto dai presidi ospedalieri Papa Giovanni XXIII (P.O. di II livello) e Ospedale Civile di San Giovanni Bianco (P.O. di base), che insieme assommano oltre 1.000 posti letto ordinari accreditati; a questo si aggiunge il Polo Territoriale.
La tabella di seguito riassume sinteticamente l'organizzazione presente.

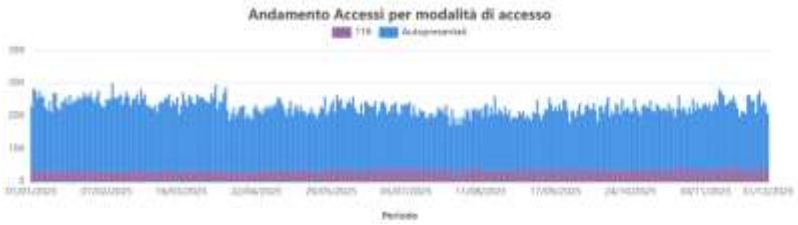
Polo Ospedaliero	Pronto Soccorso	Fast Track (orari)
Papa Giovanni XXIII	**Generale [h24]**	Fast track oculistica (08:00-16:42) Fast track otorinolaringoiatria (8:00-15:42) Fast track ortopedia (8:00-20:00) Fast track pediatria (24 ore 24)
	Ostetrico - Ginecologico [h24]	
San Giovanni Bianco	**Generale [h24]**	

Di seguito sono commentati i principali dati dei due PS dell'ASST (fonte dati: EUOL – anno 2025) e le degenze medie dei ricoveri in area medica.

PO Papa Giovanni XXIII

La Figura 1 presenta l'andamento degli accessi mensili del **P.O. Papa Giovanni XXIII** e la distinzione per modalità di accesso per l'anno 2025. La maggior parte degli accessi (84,8%) avviene in autopresentazione, senza il coinvolgimento dei mezzi della rete dell'emergenza urgenza territoriale. L'andamento risulta stabile durante l'anno ma si evidenzia un numero di accessi stabilmente maggiore nel primo trimestre.

Figura 1 – Andamento degli accessi per modalità di accesso – PO Papa Giovanni XXIII (anno 2025, fonte dati EUOL)



Totale	83.756	
118	12.705	15,17%
Autopresentati	71.051	84,83%

La suddivisione dei codici di priorità d'accesso è riportata in Tabella 1.

Tabella 1 – Suddivisione dei codici di accesso presso il pronto soccorso generale del PO Papa Giovanni XXIII (anno 2025, fonte dati EUOL)

Codice accesso in PS	%
Codice 1	2,2%
Codice 2	20,3%
Codice 3	33,7%
Codice 4	38,4%
Codice 5	5,4%

Il **14,6% degli accessi è seguito da ricovero** (dato regionale DEA II livello: 15,2%) mentre l'82,9% ha esito di dimissione presso il domicilio ed **il 2,5% degli accessi viene trasferito presso altri Istituiti**. Si sottolinea che nel 2024 il tasso di ricoveri era più alto e maggiore della media dei DEA di II livello.

Tra gli accessi, **il 2,5% dei pazienti transita in Osservazione Breve Intensiva (OBI)** e di questi il 63% viene dimesso presso il proprio domicilio (LOS mediana 29h41', P75 46h18'- P91 66h03'- P95 74h46'), il 23% è ricoverato in reparto di degenza (LOS mediana 29h21', P75 46h44' - P91 68h13' - P95 75h20'), il 12% viene trasferito presso un altro istituto (LOS mediana 35h47', P75 48h38' - P91 73h06' - P95 91h05') e l'1% decede in PS oppure rifiuta il ricovero.

In generale, gli utenti trasferiti presso altre Strutture presentano dei tempi di attesa superiori rispetto ai pazienti ricoverati presso il P.O.; questo dipende dal fatto che le Strutture esterne hanno orari di accettazione feriali (lunedì-venerdì), concentrati nella fascia oraria 8-14.

Nello specifico, nel 2025 il numero di pazienti trasferiti verso strutture dell'ASST è pari a 136 (129 nel PO di San Giovanni Bianco e 7 presso l'Hospice sito presso Borgo Palazzo). Il numero di pazienti trasferiti verso altre strutture per ricovero è pari a 1.486 (frequentemente verso la Casa di Cura Palazzolo e la Casa di Cura San Francesco di Bergamo).

In Tabella 2 sono riportati i tempi di degenza media per ogni area di ricovero del P.O. Papa Giovanni XXIII.

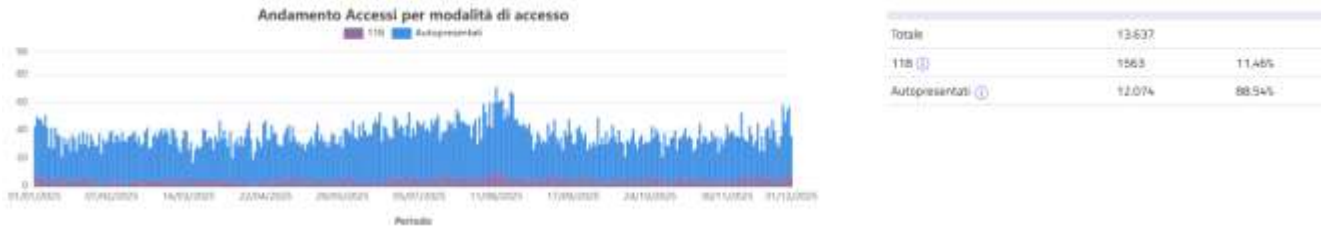
Tabella 2 – Degenze medie per area di ricovero presso il P.O. Papa Giovanni XXIII (Maggio 2025 – Aprile 2026, fonte dati RW10)

Area di ricovero	Degenza media (giorni)
06-SC Cardiologia 1	8,4
17-SC Malattie Infettive	16,1
20-SC Gastroenterologia 1 – Epatologia e Trapiantologia	14,3
21-SC Nefrologia	12,7
23-SC Neurologia	12,8
34-SC Pediatria	9,7
35-SC Pneumologia	8,3
45-SC Oncologia	10,2
51-Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza	7,0
93-SC Medicina Interna 1	15,7

PO San Giovanni Bianco

La Figura 2 presenta l'andamento degli accessi mensili del **P.O. San Giovanni Bianco** e la distinzione per modalità di accesso per l'anno 2025. La maggior parte degli accessi (88,5%) avviene in autopresentazione, senza il coinvolgimento dei mezzi della rete dell'emergenza urgenza territoriale. L'andamento degli accessi presenta una stagionalità legata al periodo turistico estivo (luglio-agosto) e, in misura inferiore, al periodo invernale (vacanze natalizie).

Figura 2 – Andamento degli accessi per modalità di accesso – P.O. San Giovanni Bianco (anno 2025)



La suddivisione dei codici di priorità d'accesso è riportata in Tabella 3.

Tabella 3 – Suddivisione dei codici di accesso presso il pronto soccorso generale del PO San Giovanni Bianco (anno 2025, fonte dati EUOL)

Codice accesso in PS	Quantità
Codice 1	0,6%
Codice 2	8,9%
Codice 3	26,3%
Codice 4	55%
Codice 5	9,2%

Il 6,7% degli accessi è seguito da ricovero (dato regionale PS: 9,3%) mentre **il 5,9% viene trasferito presso il P.O. Papa Giovanni XXIII**, il restante 87,4% degli accessi viene dimesso presso il proprio domicilio.

Tra gli accessi, **l'1,5% dei pazienti transita in Osservazione Breve Intensiva (OBI)** e di questi il 58% viene dimesso presso il proprio domicilio (LOS mediana 18h03', P75 22h13'- P91 26h25'- P95 27h45'), il 25% è ricoverato in reparto di degenza (LOS mediana 16h52', P75 17h50' - P91 20h18' - P95 21h09'), il 17% viene trasferito presso un altro istituto (LOS mediana 21h48', P75 24h20' - P91 25h28' - P95 25h45').

In generale, si evidenzia che circa un quarto degli accessi che necessitano di ricovero sono trasferiti presso una Struttura esterna al PS, nello specifico il trasferimento è presso reparti del P.O. Papa Giovanni XXIII. Questo in linea con le caratteristiche del P.O. di San Giovanni Bianco più votato alla gestione della medio-bassa complessità e che vede, quindi, la necessità di centralizzare rapidamente i pazienti a complessità elevata (*stroke*, IMA, gravi insufficienze respiratorie).

In Tabella 4 è riportato il tempo di degenza media della SC Medicina Interna 2 del P.O. San Giovanni Bianco che ha effettuato 849 ricoveri da PS (su un totale di 1.051 dimessi nel 2025) e presenta un tasso di saturazione è pari all'87%.

Tabella 4 – Degenze medie per area di ricovero presso il P.O. San Giovanni Bianco (Maggio 2025 – Aprile 2026, fonte dati RW10)

Area di ricovero	Degenza media (giorni)
S3-SC Medicina Interna 2 - San Giovanni Bianco	11,5

TABELLE AZIENDALI DELLE SOGLIE OPERATIVE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

ASST Papa Giovanni XXIII
Anno di riferimento: 1° maggio 2025 – 30 aprile 2026
Fonte dati:

- Sistema informativo Pronto Soccorso
- EUOL
- Sistema Bed Management
- Sistema ricoveri aziendale

Revisione prevista: Annuale
Strutture responsabili:

- Direzione Sanitaria Aziendale
- Funzione Aziendale Bed Management
- Gestione Operativa
- SC Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza

SEZIONE 1

DEA II LIVELLO – PO PAPA GIOVANNI XXIII

1.1 Accessi

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Accessi giornalieri	226	239	252	262
Accessi fascia 08:00-14:00	100	108	117	121
Accessi fascia 14:00-20:00	70	77	83	86
Accessi da AREU	32	36	39	41
Codici ad alta priorità (codice 1)	5	6	8	9

1.2 Indicatori di carico del Pronto Soccorso

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Pazienti presenti ore 08:00 esclusi fast track	56	63	70	73
Pazienti presenti ore 14:00 esclusi fast track	74	82	90	93
Pazienti presenti ore 20:00 esclusi fast track	73	80	91	95
Pazienti in attesa di visita/PPCI ore 08:00 (compresi fast track)	9	13	17	20
Pazienti in attesa di visita/PPCI ore 14:00 (compresi fast track)	27	33	41	45
Pazienti in boarding ore 08:00	18	22	28	31
Indice di sovraffollamento (NEDOCS)	128	154	190	215

1.3 OBI e Medicina d'Urgenza

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Pazienti presenti in OBI ore 08:00	6	9	11	12
Pazienti presenti Medicina d'Urgenza ore 08:00	10	11	12	13

1.4 Boarding

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Pazienti in boarding ore 08:00	18	22	28	31
Pazienti in boarding ore 14:00	15	19	23	26
Pazienti in boarding ore 20:00	12	15	19	21
Tempo medio boarding (ore)	8:05:07	20:15:24	39:07:57	48:21:34
LOS ricoverati da PS (ore)	6:38:20	19:10:27	30:54:52	44:33:46
LOS trasferiti da PS (ore)	20:27:04	31:09:46	50:28:38	69:59:28

1.5 Capacità di ricovero

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Ricoveri area medica/giorno	17	20	23	25
Ricoveri area chirurgica/giorno	8	10	12	13

SEZIONE 2
PRONTO SOCCORSO – PO SAN GIOVANNI BIANCO

2.1 Accessi

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Accessi giornalieri	36	43	48	53
Accessi fascia 08:00-14:00	18	22	25	27
Accessi fascia 14:00-20:00	12	14	17	18
Accessi da AREU	4	5	7	8
Codici ad alta priorità (codice 1)	0	0	1	1

2.2 Indicatori di carico del Pronto Soccorso

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Pazienti presenti ore 08:00 esclusi fast track	4	5	7	8
Pazienti presenti ore 14:00 esclusi fast track	8	11	15	18
Pazienti presenti ore 20:00 esclusi fast track	7	9	13	14
Pazienti in attesa di visita/PPCI ore 08:00	2	3	4	5
Pazienti in attesa di visita/PPCI ore 14:00	14	16	19	20
Pazienti in boarding ore 08:00	0	1	1	2
Indice di sovraffollamento (NEDOCS)	36	65	98	118

2.3 OBI

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Pazienti presenti in OBI ore 08:00	0	0	0	0

2.4 Boarding

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Pazienti in boarding ore 08:00	0	1	1	2
Pazienti in boarding ore 14:00	0	1	2	2
Pazienti in boarding ore 20:00	0	0	1	1
Tempo medio boarding (ore)	2:44:06	12:09:59	23:12:41	34:32:17
LOS ricoverati da PS (ore)	4:08:07	7:05:56	17:15:52	21:28:38
LOS trasferiti da PS (ore)	2:44:06	12:09:59	23:12:41	34:32:17

2.5 Capacità di ricovero

Indicatore	Mediana (50°)	75° percentile	91° percentile	95° percentile
Ricoveri area medica/giorno	2	3	4	5
Ricoveri area chirurgica/giorno	0	0	0	0

ALLEGATO 2 - METODOLOGIA DI DETERMINAZIONE DELLE SOGLIE AZIENDALI DI ALLERTA

1. Principi generali

Le soglie operative utilizzate ai fini dell'attivazione dei livelli di allerta sono determinate mediante l'analisi dei dati storici relativi ai flussi assistenziali dei Pronto Soccorso aziendali, in conformità alla metodologia richiamata dalla DGR X/2933/2014 per la definizione delle condizioni di alta affluenza e di straordinario iperafflusso.
L'obiettivo è individuare soglie aderenti alle caratteristiche organizzative dell'ASST e coerenti con l'evoluzione dei volumi di attività.

2. Periodo di osservazione

L'analisi viene effettuata annualmente utilizzando i dati dell'anno precedente.

3. Indicatori oggetto di analisi

Per ciascun presidio vengono elaborati:
Indicatori Input

- accessi giornalieri;
- accessi per fascia oraria;
- accessi AREU;
- accessi codici ad alta priorità.

Indicatori Throughput

- pazienti presenti in PS;
- pazienti in OBI;
- pazienti in Osservazione Temporanea;
- pazienti contemporaneamente in carico;
- pazienti presenti alle ore 08:00;
- pazienti presenti alle ore 14:00;
- pazienti presenti alle ore 20:00.

Indicatori Output

- pazienti in boarding;
- tempo di boarding;
- numero ricoveri in attesa;

- occupazione Medicina d'Urgenza;
- disponibilità posti letto area medica.

4. Modalità di calcolo

Per ogni indicatore:

1. vengono raccolti tutti i valori giornalieri dell'anno di riferimento;
2. i valori vengono ordinati in modo crescente;
3. vengono calcolati:

- 50° percentile (mediana)
- 75° percentile
- 91° percentile
- 95° percentile

Formula

Si applica il metodo percentile continuo utilizzato nei software statistici e nei database aziendali.

Posizione del percentile:

$$P = (N + 1) \times \frac{k}{100}$$

dove:

- N = numero delle osservazioni
- k = percentile ricercato

Se la posizione non è intera viene utilizzata l'interpolazione lineare.

5. Significato operativo delle soglie

75° percentile

Identifica le condizioni di: **Alta Affluenza** oppure **Attenzione organizzativa**

Rappresenta il valore oltre il quale si colloca il 25% delle giornate più impegnative dell'anno.

91° percentile

Identifica le condizioni di: **Sovraffollamento/Iperafflusso** come definito dalla normativa regionale.

Rappresenta il valore oltre il quale si colloca il 9% delle giornate più critiche.

95° percentile

Identifica le condizioni di: **Grave criticità organizzativa**

Rappresenta il valore osservato nelle giornate più estreme.

ALLEGATO 3 – POSTI LETTO ATTIVI E AGGIUNTIVI

DESCRIZIONE	LETTIATTIVI	LETTIAGGIUNTIVI isorisorse	LETTI AGGIUNTIVI	Stratificazione
CARDIOCHIRURGIA 1	12	0	0	Area chirurgica
CARDIOPATIE CONGENITE DEL BAMBINO E DELL'ADULTO	10	0	0	Area chirurgica
CHIRURGIA DEI TRAPIANTI	10	0	0	Area chirurgica
CHIRURGIA GENERALE 1	13	0	0	Area chirurgica
CHIRURGIA GENERALE 2 - SENOLOGICA	4	0	0	Area chirurgica
CHIRURGIA GENERALE 3 E DEI TRAPIANTI ADDOMINALI	13	0	0	Area chirurgica
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0	0	0	Area chirurgica
CHIRURGIA PLASTICA	12	0	0	Area chirurgica
CHIRURGIA TORACICA	13	0	0	Area chirurgica
CHIRURGIA VASCOLARE	10	2	0	Area chirurgica
DERMATOLOGIA	2	0	0	Area chirurgica
NEUROCHIRURGIA	26	2	0	Area chirurgica
OCULISTICA	2	0	0	Area chirurgica
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	39	1	0	Area chirurgica
OTORINOLARINGOIATRIA	13	2	0	Area chirurgica
UROLOGIA	40	0	0	Area chirurgica
CARDIOLOGIA 1	42	3	0	Area medica
CENTRO EAS - MEDICINA URGENZA-DEGENZA BREVE	12	2	0	Area medica
EMATOLOGIA	26	1	0	Area medica
GASTROENTEROLOGIA 1 - EPATOLOGIA E TRAPIANTOLOGIA	20	1	0	Area medica
GASTROENTEROLOGIA 2 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	6	1	0	Area medica
MALATTIE INFETTIVE	34	3	0	Area medica
MEDICINA INTERNA	56	4	6	Area medica
NEFROLOGIA - ABILITAZIONE AL TRAPIANTO DI RENE	24	1	0	Area medica
NEUROLOGIA	28	2	0	Area medica
ONCOLOGIA	16	2	0	Area medica
PNEUMOLOGIA	22	1	0	Area medica
DEGENZA OSTETRICA FISIOLOGICA	29	2	0	Area ostetrico-ginecologica
DEGENZA OSTETRICA PATOLOGICA	42	0	0	Area ostetrico-ginecologica
GINECOLOGIA A BASSA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	9	0	0	Area ostetrico-ginecologica
OST. E GIN. : DEGENZA GINECOL.	18	1	0	Area ostetrico-ginecologica
CHIRURGIA PEDIATRICA	17	4	0	Area pediatrica
EPAT. GASTR. PEDIATRICA E TRAPIANTI	11	0	0	Area pediatrica
ONCOLOGIA PEDIATRICA	6	0	0	Area pediatrica
PEDIATRIA INTERNISTICA	17	2	0	Area pediatrica
CURE PALLIATIVE E HOSPICE	12	0	0	Hospice
PATOLOGIA NEONATALE	17	0	0	Patologia Neonatale
PATOLOGIA NEONATALE T.I.	12	0	0	TIN
PATOLOGIA NEONATALE T.S.I.	8	0	0	TIN
PSICHIATRIA I	15	1	0	Psichiatria
PSICHIATRIA II	13	1	0	Psichiatria
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	27	0	0	RIABILITAZIONE
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA - NEURORIABILITAZIONE	10	0	0	RIABILITAZIONE
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA - UNITA SPINALE	12	0	0	RIABILITAZIONE
MEDICINA INTERNA - SGB	25	1	4	San Giovanni Bianco
OSPEDALE DI COMUNITA' – SGB	20	0	0	San Giovanni Bianco
SUB ACUTI - SGB	16	0	0	San Giovanni Bianco
WEEK SYRGERY - PO SAN GIOVANNI BIANCO	17	0	0	San Giovanni Bianco
NEUROLOGIA - STROKE UNIT	6	0	0	Semintensiva
PNEUMOLOGIA SEMINTENSIVA	4	0	0	Semintensiva
UNITA CORONARICA	8	0	0	Semintensiva
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 3 - T.I. ADULTI	16	0	0	TI
ANESTESIA E RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA - T.I.	16	0	0	TI
ANESTESIA E RIANIMAZIONE NEUROCHIRURGICA- T.I.	18	0	0	TI
TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA	8	0	0	TIP
TERAPIA SUB-INTENSIVA PEDIATRICA	8	0	0	TIP

ALLEGATO 4 – NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Normativa nazionale

Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 - Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.

Decreto del Ministero della Sanità 15 maggio 1992 - Criteri e requisiti per gli interventi di emergenza sanitaria.

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano dell'11 aprile 1996 - Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992.

Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Accordo Stato-Regioni 1° agosto 2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero; Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva (OBI); Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Normativa e atti regionali della Lombardia

DGR Regione Lombardia X/2933 del 19 dicembre 2014 - Determinazioni in merito al miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza.

DGR Regione Lombardia XI/794 del 12 novembre 2018 - Determinazioni in merito al potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza.

DGR Regione Lombardia XI/2672 del 16 dicembre 2019 - Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020.

DGR Regione Lombardia XI/6168 del 28 marzo 2022 Avvio del percorso regionale per l'adozione del nuovo modello di triage intraospedaliero della Regione Lombardia e relativi percorsi formativi.

DGR Regione Lombardia XI/6893 del 5 settembre 2022 Approvazione del documento tecnico "Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso".

Decreto Direzione Generale Welfare n. 785 del 28 gennaio 2022 - Formalizzazione della Rete Regionale dei Pronto Soccorso e approvazione del relativo Piano di Rete.

Decreto Direzione Generale Welfare n. 16147 dell'11 novembre 2022 - Rete Regionale dei Pronto Soccorso – Approvazione del Manuale e del regolamento per l'attuazione dei corsi di formazione sul nuovo modello di triage intraospedaliero di Regione Lombardia.

Manuale di Triage Intraospedaliero di Regione Lombardia (edizione 2022) Documento tecnico regionale di riferimento per l'applicazione del nuovo modello di triage intraospedaliero.

ALLEGATO 5 – SVILUPPI PROGRAMMATI E REVISIONI SUCCESSIVE

Entro il 31.12.2027 il presente piano va aggiornato con l'inserimento di specifici capitoli relativi a:

- area ostetrico-ginecologica;
- area pediatrica.

Il piano va, inoltre, aggiornato tenendo conto dell'accreditamento di 4 posti letto di semintensiva nella SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza che avverrà nel I semestre 2027.

ALLEGATO 6 – TABELLA DEGLI INDICATORI

Area	Indicatore	Formula di calcolo	Unità di misura	Fonte dati principale
Pronto Soccorso	Pazienti con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	(N. pazienti con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti / Totale pazienti con codice priorità 2) × 100	%	Sistema informativo PS, EUOL, Tableau regionale
Pronto Soccorso	Tasso di abbandono	(N. abbandoni prima della visita / Totale accessi PS) × 100	%	Sistema informativo PS, EUOL, Tableau regionale
Pronto Soccorso	Rientri in PS entro 72 ore	(N. pazienti rientrati entro 72 ore dalla dimissione / Totale dimessi dal PS) × 100	%	Sistema informativo PS
Pronto Soccorso	Trasferimenti interaziendali	N. trasferimenti verso altre strutture ospedaliere	Numero assoluto	ADT, Centrale Operativa, AREU
Degenze	Tempo medio di boarding	Somma delle ore tra decisione di ricovero e assegnazione del posto letto / N. ricoveri da PS	Ore	Sistema informativo PS, EUOL, Tableau regionale
Degenze	Boarding > 8 ore	(N. pazienti con boarding > 8 ore / Totale ricoveri da PS) × 100	%	Sistema informativo PS, EUOL, Tableau regionale
Degenze	Utilizzo posti letto aggiuntivi	N. giornate di utilizzo posti letto aggiuntivi nel periodo	Numero	Bed Management
Degenze	Occupazione posti letto aggiuntivi	(Giornate di utilizzo posti aggiuntivi / Giornate di disponibilità posti aggiuntivi) × 100	%	Bed Management
Degenze	Ricoveri in appoggio	N. pazienti ricoverati in UO diversa da quella di competenza	Numero assoluto	Bed Management
Degenze	Degenza media	Totale giornate di degenza / Ricoveri dimessi	Giorni	SDO, ADT
Polo territoriale	Richieste COT attivate	N. richieste inviate e prese in carico dalla COT	Numero assoluto	COT
Polo territoriale	Dimissioni protette attivate	N. dimissioni con attivazione di percorso di continuità assistenziale	Numero assoluto	COT
Polo territoriale	Accessi UCA attivati	N. accessi effettuati dall'Unità di Continuità Assistenziale	Numero assoluto	Sistema UCA
Polo territoriale	Cure domiciliari attivate	N. attivazioni ADI/C-DOM successive alla dimissione	Numero assoluto	COT
Polo territoriale	Rientri entro 72 ore nei pazienti con attivazione territoriale	(N. pazienti con attivazione territoriale rientrati in PS entro 72 ore / Totale pazienti con attivazione territoriale) × 100	%	COT

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 1835/2026**)**

Oggetto: APPROVAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DEI FLUSSI URGENTI E DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEI PRONTO SOCCORSO E AGGIORNAMENTO DEL NUCLEO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEI RICOVERI

SC PROPONENTE

Si attesta la regolarità tecnica del provvedimento, essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Si precisa, altresì, che:

A. il provvedimento:

☐ prevede
☒ non prevede

COSTI diretti a carico dell'ASST

B. il provvedimento:

☐ prevede
☒ non prevede

RICAVI da parte dell'ASST.

Bergamo, 22/10/2026

Il Direttore

Dr.ssa Eleonora Zucchinali

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.1835/2026
ad oggetto:
APPROVAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DEI FLUSSI URGENTI E DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEI PRONTO SOCCORSO E AGGIORNAMENTO DEL NUCLEO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEI RICOVERI

Ciascuno per gli aspetti di propria competenza, vista anche l'attestazione di regolarità amministrativo-contabile.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO : Ha espresso il seguente parere: X FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE ASTENUTO	Vecchi Gianluca
Note:	

DIRETTORE SANITARIO : Ha espresso il seguente parere: X FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE ASTENUTO	Amorosi Alessandro
Note:	

DIRETTORE SOCIOSANITARIO : Ha espresso il seguente parere: X FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE ASTENUTO	Cesa Simonetta
Note:	

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Pubblicata all'Albo Pretorio on-line
dell'Azienda socio sanitaria territoriale
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo

per 15 giorni
