

Piano aziendale per la gestione del  
sovraffollamento in Pronto Soccorso e dei  
flussi di ricovero

Sommario

Premessa ..... 1

Analisi di contesto ..... 2

Riferimenti normativi ..... 3

Obiettivi ..... 4

Metodologia ..... 4

Indicazioni operative ..... 8

## Premessa

Nel corso dell'ultimo decennio, a seguito dell'efficientamento del SSN, si è assistito alla drastica riduzione del numero di posti letto per acuti senza un parallelo incremento di posti letto per la lungodegenza e per la riabilitazione, per le cure intermedie più in generale e per l'assistenza residenziale (RSA, Residenze psichiatriche, Hospice, Comunità terapeutiche, Case alloggio, Centri diurni, Case famiglia). Tale disequilibrio determina una ridotta capacità di accoglienza dei percorsi assistenziali post acuzie e territoriali in generale, generando difficoltà nella dimissione e conseguente sovraffollamento nei reparti di degenza per acuti.

Nel contempo l'invecchiamento della popolazione, con il conseguente incremento del carico di patologie croniche e di polimorbosità, ha causato un eccessivo impatto sulle strutture di ricovero per acuti ed in particolare, dato l'incremento della complessità dei casi, sugli HUB di secondo livello. A questo si aggiunga la carente offerta di servizi sul territorio per una insufficiente riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, secondo quanto previsto dal decreto interministeriale del 23 maggio 2022 n.77, che ridisegna funzioni e standard del Distretto (Case della Comunità, COT, Infermiere di famiglia e di Comunità, Unità di continuità territoriale, Assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità, Rete delle Cure Palliative, Servizi per la salute delle donne e dei minori, delle coppie e delle famiglie, Telemedicina). Tale mancata offerta di servizi territoriali è ulteriormente acuita dalla ingravescente carenza di operatori dell'assistenza primaria, traducendosi in un aumento di domanda di assistenza ospedaliera. In questa situazione il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, determinando un fenomeno di sovraffollamento.

Tale situazione comporta ricadute negative sui pazienti ostacolando l'accesso alle prestazioni assistenziali ed aumentando il rischio clinico per errori diagnostici o terapeutici, rischio cadute ed incremento delle infezioni ospedaliere. Allo stesso tempo per gli operatori sanitari aumenta il rischio di *burnout*, aggressioni e contenziosi medico-legali. Complessivamente ne risente l'intero sistema di cura che mostra un allungamento dei tempi di degenza e dei tempi di attesa, considerando inoltre che l'attività erogata in emergenza/urgenza interferisce e rallenta l'attività programmata.

Come sopra riportato il principale e più evidente epifenomeno, che rappresenta anche il primo campanello d'allarme, è rappresentato dall'aumento dei tempi di permanenza in PS, con il conseguente sovraffollamento. In queste evenienze la soluzione che in genere si cerca di porre in atto è l'allargamento a dismisura dell'area *boarding* e l'aumento del numero di barelle a disposizione del PS, soluzioni necessarie che però aggravano ulteriormente l'affollamento e si ripercuotono sulla qualità e la tempistica dell'assistenza in emergenza-urgenza, in quanto distraggono risorse dall'attività di PS.

Va inoltre considerato che il fenomeno presenta un andamento periodico nel tempo, con ciclicità settimanale e stagionale, la prima dovuta a mancanza di una effettiva continuità assistenziale nelle cure primarie nel fine settimana (inattività dei MMG e PLS) ed alla sospensione della presa in carico territoriale del paziente negli stessi giorni; la seconda condizionata dall'afflusso turistico estivo e dall'epidemiologia delle malattie respiratorie nella stagione invernale.

## Analisi di contesto

La Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari (AOUSS) svolge la funzione di DEA di II livello e di Ospedale HUB per il Nord Sardegna, con un bacino teorico di circa 650.000 abitanti. È un'azienda ospedaliera di alta specializzazione integrata con il SSN, punto di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari. Dispone di 749 posti letto totali ed è articolata in due stabilimenti denominati "Cliniche di San Pietro" e "Ospedale SS. Annunziata", includeva fino al 31 dicembre 2025 anche lo stabilimento "Ospedale Marino Regina Margherita di Alghero". Strutturalmente è caratterizzata da strutture di edilizia mista sia monoblocco che a padiglioni, risalenti a diverse e distanti epoche edilizie, che comportano un'elevata complessità di gestione igienico-sanitaria, anche in riferimento alla mobilità interna dei pazienti per finalità diagnostico-terapeutiche. Per quanto attiene agli aspetti produttivi, nel 2025 l'AOUSS ha registrato 71.451 accessi al Pronto Soccorso (53.763 al Pronto Soccorso generale, 10.410 al Pronto Soccorso pediatrico e 7.278 al Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico) ed effettuato 39.154 ricoveri (24.496 ricoveri ordinari e 14.658 diurni), 1.100.630 prestazioni ambulatoriali per esterni, 3.354.038 prestazioni specialistiche per pazienti interni.

Per quanto riguarda la complessità dei casi trattati in emergenza-urgenza presso il PS generale: i codici di maggior gravità (rossi + arancioni) rappresentano il 25% degli accessi, il numero di accessi da fuori territorio di competenza sono circa il 20%. Il 118 contribuisce per il 41% degli accessi, dato molto superiore alla media nazionale e regionale.

Nel 2025 sono state erogate 234.817 giornate di degenza in regime ordinario, con un'occupazione media dei posti letto del 87,64% ed un indice di turn over di 1,19. Nei reparti internistici l'occupazione risulta decisamente più elevata, a titolo di esempio nei reparti di Medicina generale (codice disciplina 26) la media grezza del tasso di occupazione è del 143,87%, a causa della presenza di letti aggiuntivi utilizzati per fare fronte alla domanda di ricoveri urgenti. Nello stesso anno 2025 il report redatto dal Bed Management segnala l'erogazione di 18.415 giornate di degenza su letti aggiuntivi.

Per effetto della Delibera del 12 giugno 2024, n. 16/23 "Linee di indirizzo per il trasporto secondario in urgenza e per il back transfer" gli HUB di secondo livello devono comunque garantire il trasferimento anche in assenza di posti letto, mentre altrettanto non è dato per il *back transfer* verso gli ospedali di primo livello. Appare evidente che il nostro HUB ha una elevata capacità attrattiva mentre risente della ridotta disponibilità di percorsi assistenziali a minore intensità di cura e della impossibilità pratica di trasferire pazienti verso strutture a minore specializzazione. In particolare, pesa in maniera rilevante sulla capacità di dimissione l'occupazione dei posti letto da parte dei cosiddetti *bed blockers*, pazienti stabilizzati che necessitano di trasferimento presso strutture residenziali e che per motivi di insufficiente disponibilità di posti nel territorio, organizzativi o socioeconomici prolungano la degenza sottraendo di fatto letti funzionali al turnover. Si consideri che nel 2025 la UVO-PASS (Unità di Valutazione Ospedaliera con il Servizio Sociale afferenti alla Direzione Medica di Presidio) ha preso in carico 1757 casi di dimissioni difficili.

### I provvedimenti adottati

Per le ragioni sopra riportate, negli ultimi anni la nostra Azienda ha provveduto ad adottare interventi strutturali logistici ed organizzativi a livello di PS per favorire l'adeguamento delle performance della nostra area di emergenza-urgenza alle indicazioni ministeriali. Parallelamente si è proceduto alla istituzione e potenziamento dell'UVO-PASS e del Servizio assistenza sociale presso

la Direzione medica di Presidio per favorire le dimissioni difficili. Inoltre, sono stati adottati strumenti interni tesi ad efficientare il sistema produttivo. In questo senso, oltre ai provvedimenti puntuali di supporto alle attività del PS nei periodi di punta (spostamento personale, dotazione barelle, allargamento del boarding), si è provveduto ad implementare direttive organizzative strutturate. In particolare, al fine di garantire un'equa ripartizione di ricoveri in sovrannumero fra i reparti internistici, preservando nel contempo l'appropriatezza dei ricoveri, con DDG 207 del 23/02/2023 si è provveduto a regolamentare il flusso tra PS e Reparti con la mediazione del Bed Manager e sotto il controllo diretto della Direzione sanitaria. Tuttavia, l'iniziale previsione di un massimo di 3 letti aggiuntivi per reparto è stata ben presto superata, arrivando nei periodi di punta fino a 10 letti aggiuntivi per reparto con punte di 70 letti aggiuntivi nei reparti internistici e 14 pazienti in *boarding*, pari a circa tre reparti di letti aggiuntivi. Tale fenomeno squilibra ulteriormente e in maniera drammatica il rapporto operatori/pazienti, come sempre più spesso viene segnalato dagli RLS e dalle sigle sindacali riunite. Considerato che tali condizioni portavano ai rischi propri del sovraffollamento per gli operatori, per i pazienti e per il sistema in generale enunciati in premessa, si sono a più riprese adottate, dalla emanazione della DDG 207 in poi, a seguito di riunioni congiunte tra i vertici aziendali e tutte le strutture interessate, misure atte a mitigare il fenomeno. Tra le misure adottate sono degne di nota:

- l'indicazione a seguire il documento ministeriale per facilitare il *throughput* in PS,
- individuazione dei letti di osservazione breve,
- richiesta ai Direttori di struttura di preparare un documento interno per la sicurezza in caso di isolamenti e ricoveri aggiuntivi,
- individuazione posti letto per PS e per elezione come da DDG 207/2023,
- sospensione della elezione nei reparti internistici ed eventualmente anche chirurgici nei momenti emergenziali,
- provvedere ai ricoveri per competenza in area chirurgica nei momenti emergenziali,
- predisposizione di misure organizzative interne per garantire dimissioni nel fine settimana,
- istituzione della Discharge room,
- attivazione dei fast-track per le discipline specialistiche,
- eliminazione di rimbaldi diagnostici al PS,
- adozione di misure per favorire il back-transfer,
- richiesta ai reparti di segnalare eventuali inapproprietezza di ricovero da PS,
- monitoraggio delle riospedalizzazioni e dei re-ingressi al PS,
- adozione di misure interne dei Servizi per garantire le prestazioni al PS,
- adozione di misure interne delle Strutture specialistiche per garantire le consulenze al PS,
- ricorso alle prestazioni aggiuntive per rafforzare le aree di criticità,
- eliminazione delle guardie interdipartimentali,
- attivazione di una rampa di previsione dimissione da fornire al PS ogni mattina,
- predisposizione di diversi cruscotti da parte del bed management per monitoraggio ricoveri, letti aggiuntivi, posti covid, isolamenti, ecc.

## Riferimenti normativi

Il fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso è noto e diffuso a livello nazionale, tanto che la Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1 agosto 2019 ha adottato le Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero, le Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva - OBI e le linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. Inoltre, a livello ministeriale, è stato costituito un apposito tavolo di studio sui DD.MM. 70/2015 e 77/2022.

Sugli stessi temi ha deliberato la Giunta della Regione Autonoma della Sardegna, la DGR 10/23 del 16/03/2023 definisce le Linee di indirizzo per il modello organizzativo per percorsi omogenei di Triage in Pronto Soccorso della Regione Autonoma della Sardegna, mentre la più recente DGR 16/15 del 08/04/2026 reca disposizioni sul Piano regionale di indirizzi per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dei flussi di ricovero.

La AO USS ha adottato con delibera del Direttore Generale n. 891 del 15/10/2021 e revisionato con Delibera del Direttore Generale n. 207 del 23/02/2023 il Piano di riorganizzazione del flusso di ricoveri urgenti di area medica nell'AOU di Sassari. Con Delibera del Direttore Generale n. 749 del 05/05/2026 è stata istituita l'Unità di Crisi Aziendale per il Sovraffollamento in Pronto Soccorso (UCrAS) ed è stato nominato il Referente per la gestione dei flussi di ricovero.

## Obiettivi

Il presente piano si propone di migliorare la gestione complessiva del flusso di ricovero ed affrontare il sovraffollamento nell'area di Pronto Soccorso e nei reparti di degenza, indicando gli strumenti di *clinical governance* necessari. La predisposizione di un cruscotto gestionale e la misurazione delle diverse dimensioni del fenomeno potrà consentire di descrivere con maggiore precisione l'intero quadro dell'attività assistenziale e quindi meglio orientare le scelte del vertice strategico aziendale e del middle management, rendendo maggiormente leggibili i processi assistenziali di interesse.

## Metodologia

Uno strumento fondamentale per la gestione del fenomeno del sovraffollamento del PS è la misurazione dei fattori di input, throughput ed output dell'attività assistenziale attraverso la raccolta, elaborazione ed analisi dei dati. Nell'organizzazione di tali attività è necessario considerare alcune criticità legate alla qualità del dato, non sempre ottimale. Tale limite può dipendere da diversi fattori: dalla cultura del dato degli operatori coinvolti, dalle difficili condizioni lavorative, nonché dalla scarsa ergonomia dei sistemi informativi e degli strumenti informatici utilizzati. Inoltre il Piano regionale di indirizzi per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dei flussi di ricovero propone una ampia varietà di indicatori, alcuni ad elevato costo informativo o con una metodologia non sempre chiara. Una prima suddivisione può essere individuata tra gli indicatori che rientrano nel cruscotto gestionale, definiti KPI operativi di capacità e processo, e tutti gli altri indicatori definiti nel documento. I primi vengono calcolati triquotidianamente dal Bed management ed inviati agli stakeholder interni (Direzione strategica, UCrAS, referente dei flussi), i secondi vengono prodotti in un resoconto periodico trimestrale che viene distribuito agli stessi stakeholder a cura del referente per la gestione dei flussi di ricovero, che riceve i dati necessari dai diversi operatori del sistema (vedi matrice RACI). In sede di prima applicazione e fino alla implementazione dei necessari interventi tecnici informatici per rendere immediatamente disponibili le misurazioni degli indicatori sugli applicativi in utilizzo, la frequenza di aggiornamento viene ridotta a due cruscotti giornalieri (08:00 – 17:30).

| Codice | Indicatore                                                                                                                                           |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KPI_01 | % di pazienti clinicamente dimissibili che permangono per motivi non clinici (distinti tra setting necessario)                                       |
| KPI_02 | Tasso di pazienti clinicamente trasferibili a un altro setting ospedaliero o intermedio che restano in attesa di collocamento (backlog di step-down) |
| KPI_03 | Dimissioni programmate per il giorno successivo                                                                                                      |
| KPI_04 | Numero di posti letto per reparto                                                                                                                    |

|        |                                                                                                                  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KPI_05 | Tasso di occupazione posti letto per reparto                                                                     |
| KPI_06 | Permanenza media nelle Holding polispecialistiche (target organizzativo: < 24 ore)                               |
| KPI_07 | Attivazione/de-escalation delle Unità di Crisi Aziendali per il Sovraffollamento (UCrAS)                         |
| KPI_08 | Quota di pazienti che permangono in PS oltre 4 ore dalla decisione di ricovero - soglia ≤ 10%                    |
| KPI_09 | Numero di pazienti in carico nel PS                                                                              |
| KPI_10 | Attivazione dei PASS entro 72 ore dal ricovero (valutazione e raccordo con COT/PUA/UVT)                          |
| PER_01 | Verifica dei tre cruscotti giornalieri: 08:00 – 14:00 - 17:30                                                    |
| PER_02 | % accessi trasferiti in OBI                                                                                      |
| PER_03 | Consulenze specialistiche urgenti da PS entro 60 minuti.                                                         |
| PER_04 | Consulenze e accertamenti per emergenze (codice rosso) nell'immediatezza della richiesta                         |
| PER_05 | Copertura delle discipline attivabili nella struttura                                                            |
| PER_06 | % di accessi PS indirizzati a Fast Track in carico specialistico                                                 |
| PER_07 | Distribuzione degli accessi per codice triage (mix di domanda per codice)                                        |
| PER_08 | Tempo di permanenza in Pronto Soccorso (media e mediana; raccomandata stratificazione per triage)                |
| PER_09 | Numero di percorsi Fast Track attivati                                                                           |
| PER_10 | Tempo medio dal triage alla presa in carico specialistica                                                        |
| PER_11 | Percentuale di abbandono del PS                                                                                  |
| PER_12 | % ricoveri da PS                                                                                                 |
| PER_13 | Percentuale di ricoveri in area medica rispetto all'area critica e chirurgica                                    |
| PER_14 | Durata media della degenza (LOS)                                                                                 |
| PER_15 | % di dimissioni entro le ore 12:00                                                                               |
| PER_16 | Degenza media standardizzata per case-mix                                                                        |
| PER_17 | Degenza media pre-operatoria                                                                                     |
| PER_18 | Quota di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico                                                         |
| PER_19 | Quota di ricoveri brevi 0 - 1 giorno su DRG medico                                                               |
| PER_20 | Quota di ricoveri oltre soglia su DRG medico in pazienti ≥ 65 anni                                               |
| PER_21 | % di operatività e funzionamento dei percorsi per pazienti fragili e continuità assistenziale (PASS/COT/PUA/UVT) |
| PER_22 | Attivazione percorsi di dimissione protetta                                                                      |
| PER_23 | Funzionamento dei percorsi integrati ospedale - territorio (CdC, OdC, COT)                                       |
| PER_24 | Indicatori delle dimissioni difficili gestite dal PASS                                                           |

La matrice RACI è uno strumento che consente di individuare ruoli e responsabilità nella gestione, in questo caso, dei flussi di informazioni necessari per il funzionamento del piano. I ruoli sono rappresentati secondo la seguente legenda:

- R - Responsible (Responsabile): realizza il resoconto/prospetto degli indicatori
- A - Accountable (Referente): ha la responsabilità della correttezza del resoconto/prospetto degli indicatori e della sua puntuale diffusione
- C - Consulted (Consultato): fornisce le informazioni necessarie alla realizzazione del resoconto/prospetto degli indicatori
- I - Informed (Informato): riceve il resoconto/prospetto degli indicatori

Di seguito la matrice RACI relativa agli indicatori previsti dal piano.

| Codice | Indicatore                                                                                                                                           | Bed management | Direzione strategica - UCAS | DMPO - Referente flussi | Pronto Soccorso | UVO-PASS |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------|----------|
| KPI_01 | % di pazienti clinicamente dimissibili che permangono per motivi non clinici (distinti tra setting necessario)                                       | R/A            | I                           | I                       |                 |          |
| KPI_02 | Tasso di pazienti clinicamente trasferibili a un altro setting ospedaliero o intermedio che restano in attesa di collocamento (backlog di step-down) | R/A            | I                           | I                       |                 |          |
| KPI_03 | Dimissioni programmate per il giorno successivo                                                                                                      | R/A            | I                           | I                       |                 |          |
| KPI_04 | Numero di posti letto per reparto                                                                                                                    | R/A            | I                           | I                       |                 |          |
| KPI_05 | Tasso di occupazione posti letto per reparto                                                                                                         | R/A            | I                           | I                       |                 |          |
| KPI_06 | Permanenza media nelle Holding polispecialistiche (target organizzativo: < 24 ore)                                                                   | R/A            | I                           | I                       |                 |          |
| KPI_07 | Attivazione/de-escalation delle Unità di Crisi Aziendali per il Sovraffollamento (UCAS)                                                              | R/A            | I                           | I                       |                 |          |
| KPI_08 | Quota di pazienti che permangono in PS oltre 4 ore dalla decisione di ricovero - soglia ≤ 10%                                                        | R/A            | I                           | I                       | C               |          |
| KPI_09 | Numero di pazienti in carico nel PS                                                                                                                  | R/A            | I                           | I                       | C               |          |
| KPI_10 | Attivazione dei PASS entro 72 ore dal ricovero (valutazione e raccordo con COT/PUA/UVT)                                                              | R/A            | I                           | I                       |                 | C        |
| PER_01 | Verifica dei tre cruscotti giornalieri: 08:00 - 14:00 - 17:30                                                                                        | R              | I                           | A                       |                 |          |
| PER_02 | % accessi trasferiti in OBI                                                                                                                          |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_03 | Consulenze specialistiche urgenti da PS entro 60 minuti                                                                                              |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_04 | Consulenze e accertamenti per emergenze (codice rosso) nell'immediatezza della richiesta                                                             |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_05 | Copertura delle discipline attivabili nella struttura                                                                                                |                | I                           | R/A                     | C               |          |

| Codice | Indicatore                                                                                                       | Bed management | Direzione strategica - UCAS | DMPO - Referente flussi | Pronto Soccorso | UVO-PASS |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------|----------|
| PER_06 | % di accessi PS indirizzati a Fast Track in carico specialistico                                                 |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_07 | Distribuzione degli accessi per codice triage (mix di domanda per codice)                                        |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_08 | Tempo di permanenza in Pronto Soccorso (media e mediana; raccomandata stratificazione per triage)                |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_09 | Numero di percorsi Fast Track attivati                                                                           |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_10 | Tempo medio dal triage alla presa in carico specialistica                                                        |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_11 | Percentuale di abbandono del PS                                                                                  |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_12 | % ricoveri da PS                                                                                                 |                | I                           | R/A                     | C               |          |
| PER_13 | Percentuale di ricoveri in area medica rispetto all'area critica e chirurgica                                    |                | I                           | R/A                     |                 |          |
| PER_14 | Durata media della degenza (LOS)                                                                                 |                | I                           | R/A                     |                 |          |
| PER_15 | % di dimissioni entro le ore 12:00                                                                               |                | I                           | R/A                     |                 |          |
| PER_16 | Degenza media standardizzata per case-mix                                                                        |                | I                           | R/A                     |                 |          |
| PER_17 | Degenza media pre-operatoria                                                                                     |                | I                           | R/A                     |                 |          |
| PER_18 | Quota di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico                                                         |                | I                           | R/A                     |                 |          |
| PER_19 | Quota di ricoveri brevi 0 - 1 giorno su DRG medico                                                               |                | I                           | R/A                     |                 |          |
| PER_20 | Quota di ricoveri oltre soglia su DRG medico in pazienti ≥ 65 anni                                               |                | I                           | R/A                     |                 |          |
| PER_21 | % di operatività e funzionamento dei percorsi per pazienti fragili e continuità assistenziale (PASS/COT/PUA/UVT) |                | I                           | A                       |                 | R        |
| PER_22 | Attivazione percorsi di dimissione protetta                                                                      |                | I                           | A                       |                 | R        |
| PER_23 | Funzionamento dei percorsi integrati ospedale - territorio (CdC, OdC, COT)                                       |                | I                           | A                       |                 | R        |
| PER_24 | Indicatori delle dimissioni difficili gestite dal PASS                                                           |                | I                           | A                       |                 | R        |

## Indicazioni operative

### Sensibilizzazione ed empowerment dei cittadini

Al fine di promuovere un appropriato utilizzo del servizio di Pronto Soccorso sarà opportuno, all'interno del piano di comunicazione aziendale ed in sinergia con le AA.SS. territoriali, prevedere le necessarie azioni per informare e sensibilizzare i cittadini sul corretto accesso al servizio e sui percorsi assistenziali ai quali rivolgersi in base ai propri bisogni di salute. Oltre che sulle cure urgenti sarà opportuno intervenire anche sul tema dei percorsi di cure palliative e di fine vita.

### Percorsi dedicati ai casi a bassa complessità

#### *Accertamenti diagnostici codici bianchi*

Gli accertamenti diagnostici per i codici bianchi che non rientrano fra quelli per i quali la prestazione è considerata indifferibile, es. traumi recenti, devono essere preferibilmente prescritti e non effettuati in PS in regime di urgenza ed il paziente inviato all'attenzione del medico curante.

#### *Attivazione ambulatorio per la bassa complessità*

Per garantire una maggiore appropriatezza organizzativa e limitare l'utilizzo improprio dei percorsi dell'emergenza-urgenza per le basse complessità di chiara competenza territoriale, orientando nel contempo i pazienti verso percorsi più appropriati, sono stati attivati ambulatori di assistenza primaria (Medicina generale) presso la ASL di Sassari nelle sedi delle Case di comunità, ad accesso diretto dalle ore 8 alle ore 20, mentre negli orari notturni e nel fine settimana è attivo presso le stesse sedi il servizio di continuità assistenziale.

### Sistema informativo per il governo dei posti letto e dei flussi

Come già evidenziato l'attuale sistema informativo, inteso come insieme delle risorse, persone, procedure e strumenti informatici, risente di numerosi fattori che ne riducono la qualità complessiva, seppure esistono alcuni elementi sufficientemente consolidati ed affidabili. La limitata ergonomia degli applicativi informatici determina un elevato costo informativo e riduce l'efficienza operativa. Inoltre una qualità non adeguata del dato alla fonte si riflette inevitabilmente sull'accuratezza dei risultati finali delle elaborazioni. Avendo come obiettivo realizzare un sistema di indicatori rappresentativi ed accurati, con un basso costo informativo ed una reportistica codificata e rapidamente disponibile, occorre adottare alcune azioni preliminari all'adozione del nuovo applicativo di Bed Management denominato Mondrian. In particolare la mappatura dei posti letto deve essere fedele alla realtà, rappresentando i posti letto aggiuntivi o attrezzati oltre a quelli stabilmente presenti nei reparti di degenza. Nelle more dell'attivazione di Mondrian saranno utilizzate le funzionalità di SISaR – ADT ed i dati provenienti dal flusso SDO. Saranno inoltre implementati nella reportistica i dati provenienti dagli altri flussi informativi sanitari e, dove necessario, raccolti direttamente sul campo.

Unità di Crisi Aziendale per il Sovraffollamento (UCrAS) e definizione dei trigger di attivazione

L'Unità di Crisi Aziendale per il Sovraffollamento è composta da:

- Direttore Sanitario, con funzioni di coordinamento
- Direttore della SC Direzione medica di presidio, igiene, epidemiologia e infezioni ospedaliere
- Bed manager
- Risk Manager
- RSPP
- Direttore del Dipartimento Chirurgico
- Direttore del Dipartimento delle Chirurgie Specialistiche
- Direttore del Dipartimento delle Scienze Motorie, Neurologiche e Riabilitative
- Direttore del Dipartimento Onco-ematologico
- Direttore della Tutela Salute Donna e Bambino
- Direttore del Dipartimento Medico
- Direttore del Dipartimento Medicine Specialistiche
- Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza
- Direttore del Dipartimento Cardio-Vascolare
- Direttore del Dipartimento Diagnostica e Servizi
- Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- Direttore della SC Medicina emergenza-urgenza
- Direttore della SC Terapia intensiva emergenza-urgenza

L'attivazione della UCrAS avviene in seguito al raggiungimento di valori "trigger" di specifici indicatori, su disposizione della Direzione strategica/sanitaria. L'UCrAS ha la facoltà di attivare misure straordinarie e richiedere il coinvolgimento delle altre Aziende Sanitarie (territoriali, ospedaliere, AREUS) per superare la criticità. Le misure sono applicate per il tempo strettamente necessario, al venir meno delle circostanze che hanno causato l'attivazione dell'UCrAS, la stessa programma le attività di de-escalation fino al ritorno alla condizione di normalità.

Il trigger di attivazione dell'UCrAS è definito dal raggiungimento del valore del 110% del tasso di occupazione dei posti letto ordinari dei reparti di degenza di Medicina generale (codice disciplina 26). Parallelamente si prevede di adottare in via sperimentale l'indicatore SSEDPCS, derivato dal NEDPCS e adattato alla realtà della AOU di Sassari, al fine di definire per lo stesso indicatore una soglia di allerta ed una di attivazione.

Referente per il flusso

Il referente per il flusso dei pazienti assicura il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso, dei flussi di ricovero e degli indicatori di sovraffollamento. Garantisce, in cooperazione con il Bed Management, la produzione della reportistica quotidiana e periodica, a disposizione della Direzione strategica, dell'UCrAS e degli stakeholder interni.

Percorsi rapidi: fast track e passaggio in carico allo specialista

I fast track sono attivati direttamente dall'infermiere di triage per patologie monospecialistiche a bassa complessità.

Attualmente risultano attivi i fast track otorinolaringoiatrico ed oculistico e si dovranno attivare nel più breve tempo possibile i percorsi fast track e di presa in carico specialistica per tutte le discipline presenti in azienda previste dalle disposizioni regionali.

In particolare, i Direttori delle strutture interessate dovranno rapportarsi con il Direttore della UOC di Medicina Emergenza Urgenza e con la Direzione Medica di presidio per definire i percorsi e stabilirne tempistica e modalità di attivazione, i quali andranno approvati dalla Direzione sanitaria previo nulla osta della SSD risk management.

#### Passaggio in cura allo specialista

Dovranno progressivamente essere implementati percorsi condivisi fra il Pronto Soccorso e la struttura specialistica di riferimento per presa in carico dei pazienti, attivati dal Pronto Soccorso dopo valutazione medica, destinati ai pazienti con problematica attiva monospecialistica in condizioni di stabilità che necessitano di accertamenti e cure che prevedibilmente non richiedono il ricovero.

#### Tempi di processo in PS

I tempi di risposta dei servizi diagnostici e delle consulenze specialistiche costituiscono un fattore determinante della fluidità del percorso assistenziale non solo in Pronto Soccorso, ma anche nei reparti di degenza, in quanto incidono direttamente sul turnover del posto letto e sulla capacità complessiva di assorbire ricoveri urgenti.

In tale quadro, le consulenze specialistiche e gli esami diagnostici devono essere erogati secondo priorità predefinite e tempi obiettivo, differenziando i percorsi dedicati al Pronto Soccorso da quelli rivolti ai degenti ed alle attività ambulatoriali/programmabili.

Le consulenze specialistiche e gli esami diagnostici con richiesta urgente da parte del Pronto Soccorso (codice giallo) devono essere espletati di norma entro 60 minuti dalla richiesta, mentre le prestazioni in emergenza (codice rosso) devono essere effettuate nell'immediatezza della richiesta o, comunque, nel più breve tempo possibile.

#### Holding polispecialistica

Si valuta di istituire una admission room, dedicata all'accoglienza temporanea dei pazienti per i quali è stato richiesto il ricovero ma per i quali non è disponibile un posto letto nel reparto di destinazione. Sono in fase di risoluzione le problematiche relative al personale sanitario e alla disponibilità di spazi adeguati per attivare la struttura.

#### Coinvolgimento delle strutture private accreditate

Sono state attivate interlocuzioni con le strutture sanitarie private accreditate del nord Sardegna al fine di poter inviare presso le stesse strutture pazienti stabilizzati che non necessitano di intervento chirurgico immediato né di assistenza in terapia intensiva. Rientrano, in particolare, i pazienti con patologie neurologiche degenerative, vasculopatie, ipertensione, disidratazione, patologie broncopulmonari acute o fratture chiuse che non richiedono trattamento chirurgico in emergenza. Sono esclusi i pazienti che presentano una o più condizioni sottoindicate:

- instabilità emodinamica;

- insufficienza respiratoria che richieda ausili di ventilazione non invasiva;
- pazienti affetti da patologie psichiatriche non in compenso o affetti da disturbi dell'alimentazione che richiedano un approccio multidisciplinare;
- pazienti che richiedano trattamenti chirurgici non differibili.

In data 07.08.2026 è stato attivato un accordo con il Mater Olbia Hospital per l'invio di massimo 3 pazienti settimanali ortopedici/traumatologici candidati a trattamento chirurgico, in particolare per:

- fratture prossimali dell'omero;
- fratture del femore prossimale;
- fratture del polso;
- fratture del ginocchio;
- fratture della caviglia.

Lo stesso accordo prevede l'invio di massimo 5 pazienti settimanali candidati a trattamento di riabilitazione nelle discipline codice 56 (Recupero e riabilitazione funzionale) e codice 75 (Neuro-riabilitazione).