



Avv. Paolo Calcinaro

Assessore Sanità, tutela della salute, politiche sociali per la famiglia, la natalità, l'infanzia, gli anziani, la disabilità e l'inclusione sociale, sistema dei servizi sociali per le fragilità e programmazione integrata socio sanitaria, veterinaria.

[paolo.calcinaro@regione.marche.it](mailto:paolo.calcinaro@regione.marche.it)

**Oggetto: Risposta all'Interrogazione n. 132 - Sovraffollamento, Boarding e Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche**

In risposta ai quesiti posti relativi alla gestione del sovraffollamento e del fenomeno del *boarding* presso il Pronto Soccorso (PS) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, si riportano le misure organizzative, i piani di monitoraggio e le azioni correttive che l'azienda ha messo in atto o sono in fase di formalizzazione.

**1. Adozione dei Piani aziendali di gestione del sovraffollamento.**

L'Azienda già nel 2008 aveva formalizzato un **Regolamento per la gestione dei ricoveri urgenti dal Pronto Soccorso**, successivamente aggiornato nel luglio 2020 (ID: 747417|21/07/2020|PROT). Attualmente è in fase di formalizzazione un regolamento completamente rivisitato e aggiornato (ultima bozza 06/02/2026), redatto in coerenza con le Linee di Indirizzo Regionali. Tale documento disciplina in modo chiaro ruoli e responsabilità per efficientare il flusso dei pazienti e mitigare il boarding. I punti salienti del piano includono:

- **Responsabilità del ricovero:** La decisione del reparto di destinazione compete al medico di PS, tenendo conto delle consulenze specialistiche e della disponibilità comunicata dal *Bed Manager*.
- **Quota letti riservata:** Ogni Unità Operativa (UU.OO.) ha l'obbligo di garantire un numero minimo giornaliero di posti letto riservati ai ricoveri da PS, anche nei giorni festivi.
- **Nucleo di gestione:** formalizzazione del "Nucleo gestione ricoveri urgenti", coordinato dal Direttore Sanitario e costituito da costituito da Bed Manager aziendale, Dirigente medico di DMO, Dirigente delle professioni sanitarie e Direttore del Pronto Soccorso (di fatto già attivo come Unità di Crisi) con il compito di individuare interventi per ridurre il numero di pazienti in boarding, nonché il tempo tra ingresso in PS. In precedenza sono state più volte istituite Unità di Crisi con diversa composizione (determine 579/DG del 2 luglio 2019 "Istituzione Unità di Crisi per la gestione dell'afflusso ospedaliero e relativi provvedimenti" e n. 666/DG del 26 luglio 2019 "Unità di Crisi per la gestione dell'afflusso ospedaliero e relativi provvedimenti").

In linea con le direttive regionali, sono **attivi percorsi di Fast Track** (es. ortopedico, dermatologico, ginecologico, oculistico, ORL, urologico) per avviare direttamente i pazienti con patologie minori allo specialista, decongestionando il PS.

**2. Monitoraggio del sovraffollamento, del boarding in PS e dell'occupazione dei PL.** In attesa di un sistema informatizzato per il monitoraggio dell'occupazione dei posti letto e del sovraffollamento e boarding del PS associato e correlato all'implementazione della nuova cartella clinica, l'Azienda ha attivato diverse sistemi di monitoraggio:

- Indice **NEDOCS** (*National Emergency Department Overcrowding Scale*) per misurare l'affollamento orario del Pronto Soccorso in tempo reale. Il PS invia gli alert alla DMO che li comunica al 118.
- **Occupazione dei PL:** è rilevata dagli infermieri DMO (Ufficio USOCEV) tre volte al giorno e quando indicato dal dirigente medico della DMO o dal Bed Manager aziendale
- **Dimissioni previste nelle strutture territoriali e riabilitative (dimissioni protette):** al fine di facilitare il deflusso dei pazienti fragili o con problematiche sociali ("dimissioni difficili") il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) effettua un monitoraggio giornaliero e si interfaccia quotidianamente con le COT territoriali; settimanalmente si realizza un incontro (call) di coordinamento e pianificazione con la COT del Distretto di Ancona e con medici responsabili delle UVI distrettuali. Purtroppo la quota di pazienti in attesa di dimissione in queste strutture è mediamente di 35 pazienti ogni giorno, dato che solitamente coincide con il numero di pazienti che attendono in Pronto Soccorso un posto letto libero per il ricovero.

### **3. Ruolo e struttura del Bed Management.:**

La funzione è stata formalizzata all'inizio del 2020 assegnando il ruolo di Bed Manager ad un Infermiere con Funzione Organizzativa (IFO) della DMO e potenziata successivamente con l'istituzione del "Bed Manager Operativo", servizio che attualmente prevede la presenza dedicata di 3 infermieri - dalle 7.30 alle 17.30- (oltre al Bed Manager) e con il supporto di un Dirigente Medico della Direzione Medica Ospedaliera h24. Dopo le 17:30 gli infermieri UsoCev della DMO monitorano e rispondono ad eventuali emergenze attivando il medico DMO reperibile.

Il Bed Management lavora in stretta collaborazione con:

- il **Servizio Sociale Ospedaliero:** monitoraggio dimissioni e presenza quotidiana di un **assistente sociale in PS** per l'individuazione dei **casì sociali** o fragili suscettibili di interventi mirati e coordinati con altri Enti.
- **Igiene Ospedaliera** per la corretta gestione dei pazienti con **MDR** e l'attuazione dei **cohorting ed isolamenti** per l'ottimizzazione della risorsa posto letto.

**4. Misure Emergenziali.** Diverse misure sono attivate a seconda della situazione:

- **Attivazione di letti bis** nel reparto della disciplina di competenza
- **Ricoveri in appoggio ("Care"):** In caso di saturazione dei posti letto della disciplina di competenza, è prevista la possibilità di ricoverare pazienti a medio/bassa intensità in "appoggio" presso altre Unità Operative, con l'obbligo di riassorbimento nel reparto di pertinenza entro 24-48 ore.
- **Blocco dei ricoveri programmati:** In situazioni di criticità, la Direzione Medica dispone il blocco dei ricoveri elettivi (programmati) per liberare risorse per l'urgenza. Tale misura è stata ad esempio attuata nel gennaio 2026 per fronteggiare il picco influenzale.
- **Discharge Room:** Sono state attivate soluzioni organizzative come la *discharge room*: nel gennaio 2026 in relazione al picco epidemico influenzale sono state liberate camere di degenza attribuite alle SOD Clinica Dermatologica e Clinica di Endocrinologia (tot 5 PL) per utilizzare a favore di

pazienti di Area Infettivologica, in condizioni cliniche stabili, in attesa di dimissioni. Le camere di degenza di area Infettivologica liberate, dovevano accogliere prioritariamente accogliere pazienti provenienti dal Pronto Soccorso. Di recente (primo week end di febbraio) sono state utilizzate diverse camere di degenza non utilizzate attualmente dalla CCPC (Cardiochirurgia pediatrica) con lo stesso scopo; utilizzando infermieri dedicati reclutati nell'ambito del Dipartimento cardiovascolare con prestazioni aggiuntive.

E' in fase di valutazione la possibilità di attivare una ulteriore area di degenza pre – dimissione a gestione prevalentemente infermieristica, vincolata al superamento di criticità legate alla logistica (spazi di degenza disponibili) e alla necessità di acquisire personale medico e infermieristico dedicato.

#### **5. Admission Room e nuovo reparto di medicina d'urgenza**

È stato definito un progetto di prossima realizzazione che prevede l'attivazione di un nuovo reparto universitario di medicina d'urgenza di n° 14 posti letto.

È stata inoltre prevista nel progetto una "Admission Room" di n° 8 posti letto riservata a pazienti di tipo medico le cui condizioni cliniche risultano stabili e non critiche.

Questi pazienti medici urgenti, che devono aver terminato l'iter in Pronto Soccorso e devono avere avuto l'indicazione al ricovero, stazioneranno nelle "Admission Room" in attesa (arco temporale 72 ore) che si liberi il posto letto nel reparto di degenza appropriato.

#### **6. Centralizzazione/Decentralizzazione:**

L'Azienda opera come presidio di riferimento regionale, sede di PDTA ad alta complessità con caratteristiche da DEA di II livello. Questo ruolo comporta un carico assistenziale elevato e non programmabile, che incide significativamente sugli accessi al Pronto Soccorso.

Attualmente non ci sono strumenti di comunicazione e integrazione per monitorare e facilitare i percorsi di centralizzazione e decentralizzazione tra le diverse aziende sanitarie.

Pertanto, per favorire la decentralizzazione si mette in atto la collaborazione di

- Servizio Sociale Ospedaliero: i contatti con i servizi distrettuali (COT) delle AST e con i servizi sociali comunali per la gestione casi difficili;
- Direzione Medica Ospedaliera AOUM con le altre Direzione Mediche dei Presidi Ospedalieri delle AST Regionali

In conclusione, l'Azienda, in mancanza di strumenti informatizzati, sta operando attraverso una strategia integrata che combina la regolamentazione rigorosa dei flussi interni (Regolamento Ricoveri), il potenziamento del *Bed Management* e l'utilizzo di indicatori oggettivi (NEDOCS) per rispondere alla strutturale pressione sul Dipartimento di Emergenza.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Armando Marco Gozzini)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Claudio Martini)

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005 e norme collegate, il quale sostituisce  
il documento cartaceo e la firma autografa