



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Via Renato Paolini, 47 – 65124 Pescara (PE)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**

ANNO: 2026

N. 813

Data 27/05/2026

**OGGETTO: ULTERIORI INTERVENTI PER LA RIDUZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO
DEL FENOMENO BOARDING NELLA U.O.C. MECAU**

IL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Ulteriori interventi per la riduzione del sovraffollamento del fenomeno boarding nella U.O.C. MeCAU

Preso atto della relazione del Direttore Sanitario che si condivide in fatto e in diritto:

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria;

VISTO il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la delibera di giunta Regionale n. 493 del 30/07/2025 avente ad oggetto PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE DELLE "LINEE DI INDIRIZZO SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO - REGIONE ABRUZZO", DELLE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO NELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO – REGIONE ABRUZZO 2^ EDIZIONE" E DELLE "LINEE DI INDIRIZZO OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA – REGIONE ABRUZZO 2^ EDIZIONE".

PRESO ATTO che le delibere aziendali 1217/2024, 572/2024 e 642/25 e le successive disposizioni della Direzione Sanitaria Aziendale in merito all'argomento in oggetto che rimangono valide se non in contrasto con il presente atto, in particolare la 572/24 che prevede attivazione posti letto della U.O.S. Medicina d'Urgenza afferente alla U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza – L.r. 60/2023 e la 642/25 che prevede la Riorganizzazione sperimentale della UOC di Geriatria su modello di intensità di cure longitudinale.

CONSIDERATO che questa Azienda nel recepire la delibera regionale 493/25 ha proposto la delibera aziendale n. 1461/2025 che colloca la "Admission Room" in un'area individuata all'interno del MeCAU ma configurata in modo da consentirne la separazione fisica e funzionale rispetto agli spazi dell'attuale Pronto Soccorso, costituendo pertanto un'area distinta, e che detta delibera è stata accettata dal Dipartimento della Salute della Regione Abruzzo;

CONSIDERATO che a seguito di tale obiezione l'ASL di Pescara con delibera n.1656/2025 ha istituito un gruppo di lavoro al fine di elaborare una ulteriore proposta, che l'elaborato del gruppo di lavoro, che prevedeva anche interventi strutturali e fabbisogno di personale per una somma di circa € 2.656.000, è stato trasmesso al Servizio di Programmazione Sanitaria del Dipartimento della Salute, che ad oggi non si è ancora espresso.

CONSIDERATO altresì che, nell'ambito dell'istruttoria propedeutica all'adozione del presente provvedimento, in data 13 maggio 2026 si è tenuta apposita riunione di coordinamento con le Unità Operative e le articolazioni aziendali interessate dalle misure organizzative in esame, finalizzata alla ricognizione delle esigenze operative, alla verifica delle condizioni di attuabilità, che della predetta riunione è stato redatto apposito verbale, e gli elementi emersi sono stati valutati nell'ambito della presente istruttoria;

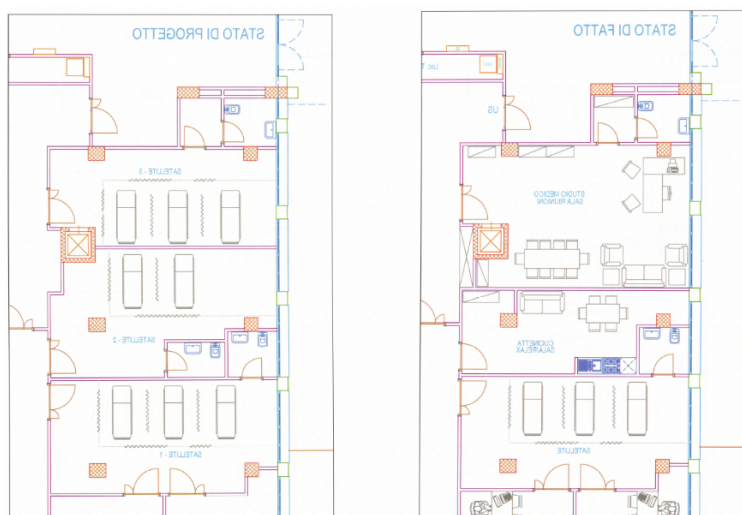
VISTA la necessità di attivare nel più breve tempo possibile un'area dedicata all'Admission Room, all'OBI Geriatrico e alla Medicina d'Urgenza, interventi questi che solo se realizzati e attivati a breve distanza possono portare ad una consistente riduzione del Boarding, così come riportato anche nella mail del Direttore del MeCAU del 14.4.26 "... che la Medicina d'Urgenza va di pari passo con la restituzione del boarding al dipartimento di riferimento – che se ne faccia carico immediatamente dalla decisione del ricovero – e con l'attivazione dell'OBI Geriatrica, trattandosi di un tassello portante dell'architettura funzionale della gestione del sovraffollamento in PS ...";

si propone, in via provvisoria, di allocare la Unità Admission e Cure Multidisciplinari presso l'ala Sud del 3° piano con 15 P.L. condividendo l'ala con la Chirurgia Vascolare con 8 P.L., la Chirurgia Generale e d'Urgenza occuperà solo l'ala Ovest per un totale di 24 P.L., considerato che la Chirurgia Toracica ha un Tasso di Occupazione del 61 %, gli eventuali posti letto non occupati presenti in ala Est potranno essere utilizzati per appoggio di pazienti della Chirurgia Generale e d'Urgenza e/o della Chirurgia Vascolare.

La Chirurgia Mammaria utilizzerà 4 posti letto della Ginecologia 4° Piano, mentre la Chirurgia Plastica utilizzerà 3 posti letto ordinari presso l'Urologia 7° piano.

si propone in via provvisoria allocare l'OBI Geriatrico presso i locali siti al VI piano ala sud e di regolare l'organizzazione dell'OBI Geriatrico come da Allegato 1 "PROCEDURA AZIENDALE PER L'ATTIVAZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSSERVAZIONE GERIATRICA (FUNZIONE OBI GERIATRICA)"

RITENUTO opportuno allocare definitivamente la Medicina d'Urgenza con 8 P.L. presso il MeCAU utilizzando l'area attualmente occupata dallo Studio Medico/Sala riunioni, Cucinetta sala relax, e dall'area contraddistinta dal termine *satellite* attualmente con 3 posti letto così da ridurre al minimo l'impatto su aree destinate all'assistenza. Si demanda ai Servizi Tecnici Manutentivi la realizzazione mediante trasformazione delle 2 stanze in due camere di degenza rispettivamente con 2 e 3 P.L. come da layout.



CONSIDERATO altresì, che le misure che verranno messe in atto con la presente delibera, non produrranno effetti risolutivi sul boarding, se non accompagnati ad una corretta azione di filtro per i ricoveri da parte del MeCAU e una degenza media in linea con le medie nazionali da parte delle UU.OO. di degenza in particolare del dipartimento Medico.

VISTI i dati 2025 presenti nelle seguenti tabella prodotte dalla DMO del P.O. di Pescara

Indicatore 1. Riepilogo mensile Ammissioni con e senza Percorsi/Fast Track

mese	totale	no_fast_track	%_no_fast_track	fast_track	%_fast_track
Gennaio	5966	3950	66,2%	2016	33,8%
Febbraio	5289	3571	67,5%	1718	32,5%
Marzo	6098	4128	67,7%	1970	32,3%
Aprile	5925	4124	69,6%	1801	30,4%
Maggio	6204	4347	70,1%	1857	29,9%
Giugno	6305	4250	67,4%	2055	32,6%
Luglio	6605	4443	67,3%	2162	32,7%

Agosto	6967	4727	67,8%	2240	32,2%
Settembre	6134	4295	70,0%	1839	30,0%
Ottobre	6070	4094	67,4%	1976	32,6%
Novembre	5766	3899	67,6%	1867	32,4%
Dicembre	6109	4052	66,3%	2057	33,7%
	73438	49880	67,9%	23558	32,1%

Indicatore 2a. Riepilogo mensile Percentuale ricoverati senza Percorsi/Fast Track

mese	Numero accessi	numero_ricoverati	pz_ricoverati
Gennaio	3950	879	22,3%
Febbraio	3571	781	21,9%
Marzo	4128	939	22,7%
Aprile	4124	821	19,9%
Maggio	4347	840	19,3%
Giugno	4250	849	20,0%
Luglio	4443	870	19,6%
Agosto	4727	885	18,7%
Settembre	4295	854	19,9%
Ottobre	4094	867	21,2%
Novembre	3899	847	21,7%
Dicembre	4052	949	23,4%
	49880	10381	20,83%

Indicatore 2b. Riepilogo mensile Percentuale ricoverati senza Percorsi/Fast Track con esclusione delle schede con esito "Abbandona il PS prima della visita medica"

mese	numero_record	numero_ricoverati	pct_ricoverati
Gennaio	3459	879	25,4%
Febbraio	3177	781	24,6%
Marzo	3592	939	26,1%
Aprile	3670	821	22,4%
Maggio	3907	840	21,5%
Giugno	3650	849	23,3%
Luglio	3811	870	22,8%
Agosto	4106	885	21,6%
Settembre	3801	854	22,5%
Ottobre	3686	867	23,5%
Novembre	3513	847	24,1%
Dicembre	3516	949	27,0%
	43888	10381	23.72%

n. di accessi 73.438 n. di ricoveri 13.217 pari al 18% di tutti gli accessi a fronte del 13% del dato nazionale (fonte Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN Anno 2023 Ex Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica Ministero della Salute pag. 144) (rapporto 2023 quarta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle reti tempo dipendenti AGENAS, a pagina 77 conferma che la percentuale di tutti i ricoveri provenienti da MeCAU indipendentemente da colore triage non dovrebbe superare il 10-12%);

CONSIDERATO che sulla base del monitoraggio aziendale richiamato, il Pronto Soccorso del P.O. di Pescara presenta un tasso di ospedalizzazione stabilmente superiore ai valori di riferimento ordinariamente osservati a livello nazionale e regionale, con conseguente esigenza di revisione dei processi clinici ed organizzativi che presidiano la decisione di ricovero;

si propone di inserire in questa delibera l'allegato 2 "ATTO DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVO PER LA RIDUZIONE APPROPRIATA DEL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DAL MeCAU DEL P.O. DI PESCARA" e di fissare

quale obiettivo programmatico del direttore del MeCau la progressiva convergenza del tasso di ospedalizzazione del Pronto Soccorso di Pescara verso il 14,8% valore coerente con il benchmark nazionali di riferimento 2023 +14%.

RITENUTO che la protrazione della degenza ordinaria oltre il tempo clinicamente necessario, ove non giustificata da condizioni di instabilità, da bisogni diagnostico-terapeutici indifferibili o da motivi assistenziali non altrimenti governati, determina effetti sfavorevoli sull'appropriatezza, sulla disponibilità di posti letto, sulla gestione dei flussi in emergenza-urgenza e sulla complessiva capacità di risposta del presidio;

PREMESSO, altresì, che gli interventi organizzativi maggiormente associati alla riduzione della degenza evitabile sono costituiti da pianificazione precoce della dimissione, definizione anticipata del percorso assistenziale, integrazione multiprofessionale, gestione strutturata dei casi complessi e attivazione tempestiva delle transizioni ospedale-territorio;

CONSIDERATO che, nell'ambito del Dipartimento Medico e, in particolare, nelle unità operative di Medicina, Geriatria, Pneumologia, Malattie Infettive e Nefrologia, si rende necessario uniformare i comportamenti organizzativi, attribuire responsabilità esplicite, definire indicatori di processo e di esito e introdurre meccanismi di controllo periodico;

RITENUTO pertanto di dover adottare un atto di indirizzo aziendale volto a governare la degenza media in una logica di appropriatezza, sicurezza delle cure, presa in carico tempestiva e continuità assistenziale, senza pregiudizio per la qualità clinica, per l'esito del ricovero e per la tutela del paziente fragile;

si propone di inserire in questa delibera l'allegato 3 "ATTO DI INDIRIZZO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLA DEGENZA MEDIA E PER LA RIDUZIONE DELLA DEGENZA EVITABILE NEI REPARTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO MEDICO" e di fissare quale obiettivo programmatico dei Direttori delle UU.OO. le seguenti degenze medie: Medicina Generale 13 giorni, Geriatria 14,2 giorni, Pneumologia 14,2 giorni, Nefrologia 12,7 giorni, Malattie Infettive 16,1 giorni e Cardiologia 7 giorni (dato nazionale 2023 + 14%, fonte Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN Anno 2023 Ex Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica Ministero della Salute pagg. 92/93);

si propone di inserire nel presente atto l'allegato 4 "ISTITUZIONE SPERIMENTALE DELLA UNITÀ DI ADMISSION E CURE MULTIDISCIPLINARI (UACM) PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO" tale unità ha la finalità di migliorare la gestione del paziente complesso proveniente dal Pronto Soccorso, favorendo una presa in carico tempestiva e orientata al setting assistenziale più appropriato di ulteriori 15 pazienti rispetto a quanto appresso richiamato e già in essere, dotando il Dipartimento Medico, cui la nominata UOC afferirà, di 6 Unità Mediche aggiuntive, per una opportuna, adeguata, sicura e competente gestione di pazienti di recente afferenza in pronto soccorso.

In particolare, il modello persegue i seguenti obiettivi, ridurre il boarding in Pronto Soccorso, migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, favorire la stabilizzazione clinica dei pazienti complessi, facilitare dimissioni protette, attivazioni ADI, valutazioni UVMO e percorsi territoriali, ridurre il ricorso improprio ai reparti di degenza ordinaria, migliorare il governo dei posti letto e dei flussi ospedalieri.

Per quanto non espressamente previsto, restano ferme le disposizioni aziendali vigenti in materia con le precedenti delibere, in particolare quanto disposto dalle delibere 1217 del 2014 e successive integrazioni e modificazioni, nonché l'istituzione del Servizio di Bed Management, a favore di una costante e tempestiva riduzione dei tempi di Boarding, aumentando significativamente la recettività dell'area medica a favore del Pronto Soccorso.

ACQUISITO il parere tecnico favorevole in merito espresso dal Dirigente proponente, ai sensi della legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i che ne attesta la regolarità e la completezza;

DATO ATTO dell'attestazione resa dai competenti Responsabili in ordine alla regolarità amministrativo-contabile e tecnica del presente provvedimento:

- Dirigente nella qualità di Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa dei PP.OO.;

ACQUISITI, per quanto di rispettiva competenza, i pareri favorevoli espressi in merito dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

DI APPROVARE e fare propria la relazione del Direttore Sanitario, condividendone le valutazioni istruttorie, tecnico-organizzative e giuridico-amministrative, e di adottare, per l'effetto, le misure organizzative aziendali ivi indicate e meglio specificate negli allegati al presente provvedimento;

DI APPROVARE quali parti integranti e sostanziali del presente atto, i seguenti allegati:

- Allegato 1 - recante "Procedura aziendale per l'attivazione e l'organizzazione dell'Osservazione Geriatrica — Funzione OBI Geriatrica";
- Allegato 2 - recante "Atto di indirizzo organizzativo per la riduzione appropriata del tasso di ospedalizzazione dal MeCAU del P.O. di Pescara";
- Allegato 3 - recante "Atto di indirizzo aziendale per il governo della degenza media e per la riduzione della degenza evitabile nei reparti afferenti al Dipartimento Medico";
- Allegato 4 - recante "Istituzione sperimentale della Unità di Admission e Cure Multidisciplinari per la gestione del paziente complesso";

DI DISPORRE l'attuazione delle misure organizzative relative alla Unità di Admission e Cure Multidisciplinari, alla funzione OBI Geriatrica e alla Medicina d'Urgenza, secondo le modalità, le collocazioni, le responsabilità e le tempistiche indicate in premessa e nei relativi allegati;

DI DEMANDARE alla Direzione Medica di Presidio, alla U.O.C. MeCAU, al Dipartimento Medico, ai Servizi Tecnici e Manutentivi, al Bed Management, ai Direttori delle UU.OO. del Dipartimento Medico, SAPS e alle ulteriori strutture aziendali competenti, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, l'adozione degli atti e degli adempimenti necessari alla piena esecuzione del presente provvedimento;

DI CONFERMARE la validità delle precedenti deliberazioni e disposizioni aziendali in materia, nella parte in cui non risultino incompatibili con il presente atto;

DI DARE ATTO che ai sensi della Legge regionale n. 10/2022, decorsi i termini di pubblicazione di cui alla L. n.69/2009, il presente provvedimento sarà soggetto a pubblicazione dei soli indici, quali data, oggetto e Unità Operativa Proponente.

Relazione del Direttore Sanitario:

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria;

VISTO il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza; VISTA la delibera di giunta Regionale n. 493 del 30/07/2025 avente ad oggetto PRESA D'ATTO ED APPROVAZIONE DELLE "LINEE DI INDIRIZZO SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO - REGIONE ABRUZZO", DELLE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO NELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO – REGIONE ABRUZZO 2^ EDIZIONE" E DELLE "LINEE DI INDIRIZZO OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA – REGIONE ABRUZZO 2^ EDIZIONE".

PRESO ATTO che le delibere aziendali 1217/2024, 572/2024 e 642/25 e le successive disposizioni della Direzione Sanitaria Aziendale in merito all'argomento in oggetto che rimangono valide se non in contrasto con il presente atto, in particolare la 572/24 che prevede attivazione posti letto della U.O.S. Medicina d'Urgenza afferente alla U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza – L.r. 60/2023 e la 642/25 che prevede la Riorganizzazione sperimentale della UOC di Geriatria su modello di intensità di cure longitudinale.

CONSIDERATO che questa Azienda nel recepire la delibera regionale 493/25 ha proposto la delibera aziendale n. 1461/2025 che colloca la "Admission Room" in un'area individuata all'interno del MeCAU ma configurata in modo da consentirne la separazione fisica e funzionale rispetto agli spazi dell'attuale Pronto Soccorso, costituendo pertanto un'area distinta, e che detta delibera è stata eccepita dal Dipartimento della Salute della Regione Abruzzo;

CONSIDERATO che a seguito di tale obiezione l'ASL di Pescara con delibera n.1656/2025 ha istituito un gruppo di lavoro al fine di elaborare una ulteriore proposta, che l'elaborato del gruppo di lavoro, che prevedeva anche interventi strutturali e fabbisogno di personale per una somma di circa € 2.656.000, è stato trasmesso al Servizio di Programmazione Sanitaria del Dipartimento della Salute, che ad oggi non si è ancora espresso.

CONSIDERATO altresì che, nell'ambito dell'istruttoria propedeutica all'adozione del presente provvedimento, in data 13 maggio 2026 si è tenuta apposita riunione di coordinamento con le Unità Operative e le articolazioni aziendali interessate dalle misure organizzative in esame, finalizzata alla ricognizione delle esigenze operative, alla verifica delle condizioni di attuabilità, che della predetta riunione è stato redatto apposito verbale, e gli elementi emersi sono stati valutati nell'ambito della presente istruttoria;

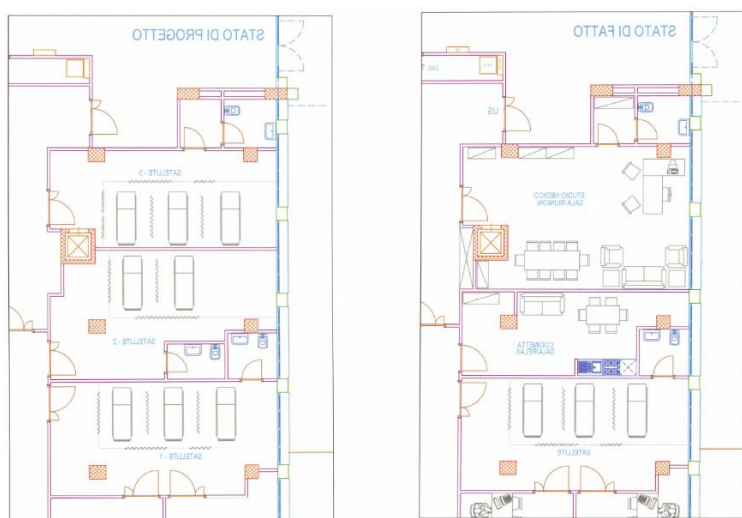
VISTA la necessità di attivare nel più breve tempo possibile un'area dedicata all'Admission Room, all'OBI Geriatrico e alla Medicina d'Urgenza, interventi questi che solo se realizzati e attivati a breve distanza possono portare ad una consistente riduzione del Boarding, così come riportato anche nella mail del Direttore del MeCAU del 14.4.26 "*... che la Medicina d'Urgenza va di pari passo con la restituzione del boarding al dipartimento di riferimento – che se ne faccia carico immediatamente dalla decisione del ricovero – e con l'attivazione dell'OBI Geriatrica, trattandosi di un tassello portante dell'architettura funzionale della gestione del sovraffollamento in PS ...*";

si propone, in via provvisoria, di allocare la Unità Admission e Cure Multidisciplinari presso l'ala Sud del 3° piano con 15 P.L. condividendo l'ala con la Chirurgia Vascolare con 8 P.L., la Chirurgia Generale e d'Urgenza occuperà solo l'ala Ovest per un totale di 24 P.L., considerato che la Chirurgia Toracica ha un Tasso di Occupazione del 61 %, gli eventuali posti letto non occupati presenti in ala Est potranno essere utilizzati per appoggio di pazienti della Chirurgia Generale e d'Urgenza e/o della Chirurgia Vascolare.

La Chirurgia Mammaria utilizzerà 4 posti letto della Ginecologia 4° Piano, mentre la Chirurgia Plastica utilizzerà 3 posti letto ordinari presso l'Urologia 7° piano.

si propone in via provvisoria allocare l'OBI Geriatrico presso i locali siti al VI piano ala sud e di regolare l'organizzazione dell'OBI Geriatrico come da Allegato 1 "PROCEDURA AZIENDALE PER L'ATTIVAZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSSERVAZIONE GERIATRICA (FUNZIONE OBI GERIATRICA)"

RITENUTO opportuno allocare definitivamente la Medicina d'Urgenza con 8 P.L. presso il MeCAU utilizzando l'area attualmente occupata dallo Studio Medico/Sala riunioni, Cucinetta sala relax, e dall'area contraddistinta dal termine *satellite* attualmente con 3 posti letto così da ridurre al minimo l'impatto su aree destinate all'assistenza. Si demanda ai Servizi Tecnici Manutentivi la realizzazione mediante trasformazione delle 2 stanze in due camere di degenza rispettivamente con 2 e 3 P.L. come da layout.



CONSIDERATO altresì, che le misure che verranno messe in atto con la presente delibera, non produrranno effetti risolutivi sul boarding, se non accompagnati ad una corretta azione di filtro per i ricoveri da parte del MeCAU e una degenza media in linea con le medie nazionali da parte delle UU.OO. di degenza in particolare del dipartimento Medico.

VISTI i dati 2025 presenti nelle seguenti tabella prodotte dalla DMO del P.O. di Pescara

Indicatore 1. Riepilogo mensile Ammissioni con e senza Percorsi/Fast Track

mese	totale	no_fast_track	%_no_fast_track	fast_track	%_fast_track
Gennaio	5966	3950	66,2%	2016	33,8%
Febbraio	5289	3571	67,5%	1718	32,5%
Marzo	6098	4128	67,7%	1970	32,3%
Aprile	5925	4124	69,6%	1801	30,4%
Maggio	6204	4347	70,1%	1857	29,9%
Giugno	6305	4250	67,4%	2055	32,6%
Luglio	6605	4443	67,3%	2162	32,7%
Agosto	6967	4727	67,8%	2240	32,2%
Settembre	6134	4295	70,0%	1839	30,0%
Ottobre	6070	4094	67,4%	1976	32,6%
Novembre	5766	3899	67,6%	1867	32,4%
Dicembre	6109	4052	66,3%	2057	33,7%
	73438	49880	67,9%	23558	32,1%

Indicatore 2a. Riepilogo mensile Percentuale ricoverati senza Percorsi/Fast Track

mese	Numero accessi	numero_ricoverati	pz_ricoverati
Gennaio	3950	879	22,3%
Febbraio	3571	781	21,9%
Marzo	4128	939	22,7%
Aprile	4124	821	19,9%
Maggio	4347	840	19,3%
Giugno	4250	849	20,0%
Luglio	4443	870	19,6%
Agosto	4727	885	18,7%
Settembre	4295	854	19,9%
Ottobre	4094	867	21,2%
Novembre	3899	847	21,7%
Dicembre	4052	949	23,4%
	49880	10381	20.83%

Indicatore 2b. Riepilogo mensile Percentuale ricoverati senza Percorsi/Fast Track con esclusione delle schede con esito "Abbandona il PS prima della visita medica"

mese	numero_record	numero_ricoverati	pct_ricoverati
Gennaio	3459	879	25,4%
Febbraio	3177	781	24,6%
Marzo	3592	939	26,1%
Aprile	3670	821	22,4%
Maggio	3907	840	21,5%
Giugno	3650	849	23,3%
Luglio	3811	870	22,8%
Agosto	4106	885	21,6%
Settembre	3801	854	22,5%
Ottobre	3686	867	23,5%
Novembre	3513	847	24,1%
Dicembre	3516	949	27,0%
	43888	10381	23.72%

n. di accessi 73.438 n. di ricoveri 13.217 pari al 18% di tutti gli accessi a fronte del 13% del dato nazionale (fonte Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN Anno 2023 Ex Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica Ministero della Salute pag. 144) (rapporto 2023 quarta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle reti tempo dipendenti AGENAS, a pagina 77 conferma che la percentuale di tutti i ricoveri provenienti da MeCAU indipendentemente da colore triage non dovrebbe superare il 10-12%);

CONSIDERATO che sulla base del monitoraggio aziendale richiamato, il Pronto Soccorso del P.O. di Pescara presenta un tasso di ospedalizzazione stabilmente superiore ai valori di riferimento ordinariamente osservati a livello nazionale e regionale, con conseguente esigenza di revisione dei processi clinici ed organizzativi che presidiano la decisione di ricovero;

si propone di inserire in questa delibera l'allegato 2 "ATTO DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVO PER LA RIDUZIONE APPROPRIATA DEL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DAL MeCAU DEL P.O. DI PESCARA" e di fissare quale obiettivo programmatico del direttore del MeCau la progressiva convergenza del tasso di ospedalizzazione del Pronto Soccorso di Pescara verso il 14,8% valore coerente con il benchmark nazionali di riferimento 2023 +14%.

RITENUTO che la protrazione della degenza ordinaria oltre il tempo clinicamente necessario, ove non giustificata da condizioni di instabilità, da bisogni diagnostico-terapeutici indifferibili o da motivi assistenziali

non altrimenti governati, determina effetti sfavorevoli sull'appropriatezza, sulla disponibilità di posti letto, sulla gestione dei flussi in emergenza-urgenza e sulla complessiva capacità di risposta del presidio;

PREMESSO, altresì, che gli interventi organizzativi maggiormente associati alla riduzione della degenza evitabile sono costituiti da pianificazione precoce della dimissione, definizione anticipata del percorso assistenziale, integrazione multiprofessionale, gestione strutturata dei casi complessi e attivazione tempestiva delle transizioni ospedale-territorio;

CONSIDERATO che, nell'ambito del Dipartimento Medico e, in particolare, nelle unità operative di Medicina, Geriatria, Pneumologia, Malattie Infettive e Nefrologia, si rende necessario uniformare i comportamenti organizzativi, attribuire responsabilità esplicite, definire indicatori di processo e di esito e introdurre meccanismi di controllo periodico;

RITENUTO pertanto di dover adottare un atto di indirizzo aziendale volto a governare la degenza media in una logica di appropriatezza, sicurezza delle cure, presa in carico tempestiva e continuità assistenziale, senza pregiudizio per la qualità clinica, per l'esito del ricovero e per la tutela del paziente fragile;

si propone di inserire in questa delibera l'allegato 3 "ATTO DI INDIRIZZO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLA DEGENZA MEDIA E PER LA RIDUZIONE DELLA DEGENZA EVITABILE NEI REPARTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO MEDICO" e di fissare quale obiettivo programmatico dei Direttori delle UU.OO. le seguenti degenze medie: Medicina Generale 13 giorni, Geriatria 14,2 giorni, Pneumologia 14,2 giorni, Nefrologia 12,7 giorni, Malattie Infettive 16,1 giorni e Cardiologia 7 giorni (dato nazionale 2023 + 14%, fonte Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN Anno 2023 Ex Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica Ministero della Salute pagg. 92/93);

si propone di inserire nel presente atto l'allegato 4 "ISTITUZIONE SPERIMENTALE DELLA UNITÀ DI ADMISSION E CURE MULTIDISCIPLINARI (UACM) PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO" tale unità ha la finalità di migliorare la gestione del paziente complesso proveniente dal Pronto Soccorso, favorendo una presa in carico tempestiva e orientata al setting assistenziale più appropriato di ulteriori 15 pazienti rispetto a quanto appreso richiamato e già in essere, dotando il Dipartimento Medico, cui la nominata UOC afferirà, di 6 Unità Mediche aggiuntive, per una opportuna, adeguata, sicura e competente gestione di pazienti di recente afferenza in pronto soccorso.

In particolare, il modello persegue i seguenti obiettivi, ridurre il boarding in Pronto Soccorso, migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, favorire la stabilizzazione clinica dei pazienti complessi, facilitare dimissioni protette, attivazioni ADI, valutazioni UVMO e percorsi territoriali, ridurre il ricorso improprio ai reparti di degenza ordinaria, migliorare il governo dei posti letto e dei flussi ospedalieri.

Per quanto non espressamente previsto, restano ferme le disposizioni aziendali vigenti in materia con le precedenti delibere, in particolare quanto disposto dalle delibere 1217 del 2014 e successive integrazioni e modificazioni, nonché l'istituzione del Servizio di Bed Management, a favore di una costante e tempestiva riduzione dei tempi di Boarding, aumentando significativamente la recettività dell'area medica a favore del Pronto Soccorso.

per tutto quanto sopra esposto si propone:

DI APPROVARE quali parti integranti e sostanziali del presente atto, i seguenti allegati:

- Allegato 1 - recante "Procedura aziendale per l'attivazione e l'organizzazione dell'Osservazione Geriatrica — Funzione OBI Geriatrica";
- Allegato 2 - recante "Atto di indirizzo organizzativo per la riduzione appropriata del tasso di ospedalizzazione dal Me CAU del P.O. di Pescara";

- Allegato 3 - recante “Atto di indirizzo aziendale per il governo della degenza media e per la riduzione della degenza evitabile nei reparti afferenti al Dipartimento Medico”;
- Allegato 4 - recante “Istituzione sperimentale della Unità di Admission e Cure Multidisciplinari per la gestione del paziente complesso”;

DI DISPORRE l’attuazione delle misure organizzative relative alla Unità di Admission e Cure Multidisciplinari, alla funzione OBI Geriatrica e alla Medicina d’Urgenza, secondo le modalità, le collocazioni, le responsabilità e le tempistiche indicate in premessa e nei relativi allegati;

DI DEMANDARE alla Direzione Medica di Presidio, alla U.O.C. MeCAU, al Dipartimento Medico, ai Servizi Tecnici e Manutentivi, al Bed Management, ai Direttori delle UU.OO. del Dipartimento Medico, SAPS e alle ulteriori strutture aziendali competenti, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, l’adozione degli atti e degli adempimenti necessari alla piena esecuzione del presente provvedimento;

DI CONFERMARE la validità delle precedenti deliberazioni e disposizioni aziendali in materia, nella parte in cui non risultino incompatibili con il presente atto;

DI DARE ATTO che ai sensi della Legge regionale n. 10/2022, decorsi i termini di pubblicazione di cui alla L. n,69/2009, il presente provvedimento sarà oggetto a pubblicazione dei soli indici, quali data, oggetto e Unità Operativa Proponente.

DI CONFERMARE la validità delle precedenti deliberazioni e disposizioni aziendali in materia, nella parte in cui non risultino incompatibili con il presente atto;

ALLEGATO 1)

PROCEDURA AZIENDALE PER L'ATTIVAZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSSERVAZIONE GERIATRICA (FUNZIONE OBI AGE)

1. Oggetto

La presente procedura disciplina l'attivazione, l'organizzazione e il funzionamento dell'OBI-AGE, intesa quale percorso clinico-assistenziale dedicato ai pazienti anziani fragili che accedono al Pronto Soccorso e che necessitano, in alternativa al ricovero immediato o alla dimissione immediata, di un periodo limitato e intensivo di osservazione, monitoraggio, approfondimento diagnostico-terapeutico e definizione del setting assistenziale più appropriato. L'istituto si colloca nell'ambito delle linee di indirizzo nazionali sull'OBI e del relativo recepimento regionale, che ne finalizzano l'utilizzo alla riduzione dei ricoveri inappropriati, all'aumento della sicurezza delle dimissioni e al miglioramento della presa in carico del paziente adulto e anziano.

2. Finalità

L'OBI-AGE ha le seguenti finalità: garantire una presa in carico precoce e specialistica del paziente fragile; ridurre il rischio di ricoveri impropri in area medica; migliorare l'appropriatezza della decisione clinica tra dimissione, dimissione protetta e ricovero; prevenire complicanze correlate a permanenze prolungate in Pronto Soccorso, in particolare declino funzionale, immobilizzazione, delirium iatrogeno, riaccessi e peggioramento dell'autonomia residua. Le linee regionali richiamano espressamente la necessità di un percorso specifico per il grande anziano e prevedono la rapida presa in carico fin dal triage, con trasferimento nell'OBI-AGE. Le raccomandazioni SIGOT-SIMEU insistono inoltre su identificazione precoce della fragilità, fast track verso setting dedicati e applicazione della valutazione geriatrica multidimensionale ai soggetti selezionati.

3. Campo di applicazione

La procedura si applica ai pazienti anziani che accedono al Pronto Soccorso di Pescara e che presentano un quadro clinico acuto o subacuto suscettibile di definizione diagnostico-terapeutica e stabilizzazione clinica in tempi brevi, senza indicazione immediata a ricovero in terapia intensiva, area critica o reparto specialistico, né possibilità di dimissione sicura immediata. Essa si applica in particolare a i pazienti di età avanzata con fragilità clinica, funzionale, cognitiva o sociale, nei quali il ricovero ordinario non sia immediatamente necessario ma la permanenza ordinaria in PS sia inappropriata o rischiosa. Questa impostazione è coerente con la definizione di OBI-AGE quale gestione di problemi clinici acuti a elevata probabilità di reversibilità, con necessità di iter diagnostico-terapeutico non differibile.

4. Riferimenti

La procedura trova fondamento nel D.M. 70/2015, che prevede letti di Osservazione Breve Intensiva nei presidi ospedalieri con Pronto Soccorso e nei DEA di I e II livello, nell'Accordo Stato-Regioni 1 agosto 2019 sulle linee di indirizzo nazionali su triage intraospedaliero, OBI e gestione del sovraffollamento, recepito dalla Regione Abruzzo con D.G.R. n. 17/2020, nonché nel documento regionale di riorganizzazione del Pronto Soccorso approvato con D.G.R. n. 493/2025, che disciplina anche l'Osservazione Geriatrica e nella D.G.R. n. 642 del 15/05/2025 della ASL di Pescara.

Sul piano clinico-organizzativo rilevano inoltre il position paper SIGOT-SIMEU sul paziente anziano in ospedale e la linea guida sulla valutazione multidimensionale della persona anziana, che per il setting del Pronto Soccorso suggerisce l'uso della valutazione multidimensionale per ridurre ospedalizzazione, compromissione funzionale e riammissioni.

5. Definizione

L'Ob-AGe ha l'obiettivo di fornire una risposta rapida, mirata e multidisciplinare per l'inquadramento e la gestione iniziale di pazienti anziani con problematiche mediche acute o croniche, in un contesto che combina i benefici dell'osservazione breve e dell'accettazione geriatrica. Questo approccio ibrido permette una valutazione clinica approfondita, un intervento terapeutico tempestivo e, se necessario, una gestione immediata per il ricovero o il trasferimento ad altre strutture.

La OBI-AGe sarà una sezione dedicata all'interno della UOC di Geriatria nel monoblocco del PO di Pescara, con una capacità di accogliere 7 pazienti.

La struttura sarà equipaggiata per offrire una sorveglianza a breve termine (fino a 48 ore) con la possibilità di monitoraggio intensivo per pazienti critici.

Ogni paziente sarà seguito da un team multidisciplinare, composto da medici geriatri, infermieri, fisioterapisti, e assistenti sociali.

Valutazione iniziale:

• **Relativamente ai 3 posti quotidiani di Osservazione Breve:** Al momento dell'ingresso in Pronto Soccorso, i pazienti anziani saranno sottoposti a un triage che permetta una valutazione rapida delle loro condizioni e delle esigenze specifiche mediante l'uso di strumenti di triage specifici per la geriatria che permetterà di identificare tempestivamente i pazienti con bisogni urgenti e quelli che potrebbero beneficiare di un percorso più rapido e meno intensivo.

La valutazione iniziale del paziente sarà eseguita dall'infermiere al TRIAGE che provvederà ad identificare il paziente FRAGILE. La valutazione successiva spetterà al medico di pronto soccorso che provvederà ad intercettare il paziente selezionandolo per il percorso di osservazione breve dopo aver escluso instabilità clinica e rispettando i criteri di accesso stabiliti. Il trasferimento del paziente dal PS all'OBI-Age sarà gestito e coordinato dall'equipe di bed-management aziendale.

Tutti i pazienti ospitati nell'OBI-AGe saranno gestiti in regime di emergenza-urgenza. La degenza potrà essere in:

- 1) dimissione ordinaria a domicilio
- 2) dimissione con follow-up ambulatoriale/DH
- 3) dimissione protetta con attivazione/riattivazione di ADI
- 4) attivazione di UVMO per inserimento presso RSA
- 5) ricovero ospedaliero

Il percorso si pone come setting alternativo al ricovero immediato nei casi in cui la stabilizzazione o la definizione diagnostica possano realisticamente avvenire in un tempo limitato. In coerenza con le linee OBI, il tempo di permanenza non deve essere inferiore, di norma, a 6 ore dall'ingresso nell'area osservazionale e non può superare le 48 ore dalla presa in carico al triage.

6. Assetto organizzativo

L'attivazione dell'Osservazione Geriatrica (OBI-AGe) è avvenuta con delibera n 642/25. Si individua il responsabile organizzativo del percorso nel Direttore UOC Geriatria, a sua volta lo stesso nominerà il referente clinico della U.O. di Geriatria (medico geriatra), - il case manager infermieristico, la modalità di attivazione h24 la si rimanda all'organizzazione interna del reparto; i servizi diagnostici e specialistici vengono effettuati in regime di urgenza.

Le linee regionali prescrivono che il funzionamento dell'Osservazione Geriatrica sia regolato da protocolli aziendali condivisi tra Pronto Soccorso e Geriatria e che le prestazioni siano registrate sul software di PS.

In merito ai livelli di sovraffollamento previsti dalla D.D.G. 1217/2024, si modifica come previsto nell'allegato 4 al punto 10 della presente delibera. L'invio dei pazienti per l'OBI-AGe non si effettua nei giorni di domenica e festivi.

7. Criteri di attivazione clinica

Sono candidabili al percorso i pazienti anziani, di età superiore a 76 anni che, dopo valutazione in triage e prima visita di PS, presentino almeno una delle seguenti condizioni:

instabilità non severa ma necessità di monitoraggio ravvicinato; incertezza diagnostica risolvibile in tempi brevi; rischio elevato di declino funzionale o complicanze da permanenza impropria in PS; necessità di rivalutazione geriatrica multidimensionale; problematiche cliniche e sociali che rendano non sicura la dimissione immediata.

8. Criteri di eleggibilità al percorso

A titolo esemplificativo e non esaustivo, possono accedere al percorso i pazienti anziani con disidratazione moderata, diarrea o vomito con necessità di terapia infusionale e rivalutazione, sincope da definire in paziente clinicamente stabile, trauma cranico minore in paziente anticoagulato o non assistibile a domicilio, dolore addominale non traumatico non immediatamente chirurgico, riacutizzazioni moderate di patologie croniche, caduta con riduzione della performance funzionale, alterazione dello stato cognitivo o del comportamento da inquadrare, scompenso iatrogeno o polifarmacoterapia da riesaminare, necessità di dimissione protetta o di attivazione rapida di rete territoriale.

I criteri di eleggibilità saranno stabiliti con successivo provvedimento interno del direttore UOC Geriatria.

9. Criteri di esclusione

Sono esclusi dall'Osservazione Geriatrica i pazienti con condizioni cliniche instabili che richiedano supporto intensivo o subintensivo, quelli con indicazione immediata a ricovero urgente specialistico o chirurgico, quelli con necessità di procedure invasive non differibili, nonché i casi in cui sia già definita la necessità di ricovero e l'eventuale permanenza sarebbe solo attesa di posto letto. Sono altresì esclusi i casi nei quali il bisogno è esclusivamente sociale privo di necessità clinica osservazionale, ferma restando la possibilità di attivare i servizi territoriali e la COT.

10. Responsabilità

Il medico di Pronto Soccorso seguirà i criteri di eleggibilità ed invierà il paziente in Geriatria, previo contatto con il Bed Management per la verifica della disponibilità di posto letto. Il Geriatra prende in carico clinicamente il paziente dal momento dell'ammissione all'Osservazione Geriatrica; dispone il piano diagnostico-terapeutico, esegue o coordina la valutazione multidimensionale, rivaluta l'evoluzione clinica, decide dimissione o ricovero; in caso di ricovero, redige il relativo verbale e si raccorda con il Bed Manager per il reperimento del posto letto. L'infermiere garantisce sorveglianza clinica, attuazione del piano assistenziale, prevenzione delle complicanze da immobilità, corretta registrazione e coinvolgimento del caregiver. L'accesso a diagnostica e consulenze deve avvenire con tempestività analoga a quella del PS.

11. Modalità operative

Il percorso si articola nelle seguenti fasi.

- 1) identificazione in triage del paziente anziano fragile o vulnerabile, con segnalazione al medico di PS e avvio di uno screening breve di fragilità e rischio assistenziale.
- 2) valutazione medica di PS, finalizzata a escludere condizioni che impongano ricovero immediato o

trattamento intensivo, nonché a verificare l'appropriatezza del setting osservazionale.

3) trasferimento nell'Osservazione Geriatrica (fino a esaurimento dei tre posti letto/die), con presa in carico del Geriatra, definizione del piano diagnostico-terapeutico individuale e registrazione sul software di PS.

4) osservazione vera e propria, che comprende monitoraggio clinico, rivalutazioni seriali, terapia, prevenzione delle complicanze geriatriche, coinvolgimento del caregiver e attivazione precoce dei servizi territoriali quando necessari.

5) definizione dell'esito: dimissione semplice, dimissione protetta, ricovero, trasferimento ad altro setting per acuti o post-acuti.

Il quadro regionale prevede espressamente, come esiti, la dimissione con affidamento al medico di medicina generale o alle strutture territoriali o residenziali, il follow up specialistico, il ricovero o il trasferimento.

12. Dimissione

La dimissione è di competenza del Geriatra e deve essere autorizzata quando siano raggiunte stabilità clinica, adeguato inquadramento diagnostico, appropriatezza terapeutica, sostenibilità assistenziale domiciliare o territoriale e comprensione del piano di cura.

13. Ricovero

Il ricovero viene disposto dal Geriatra quando, al termine dell'osservazione o anche prima, emergano persistente instabilità clinica, necessità di trattamento non erogabile nel setting osservazionale, peggioramento del quadro, impossibilità di dimissione sicura o bisogno di presa in carico specialistica continuativa. In caso di ricovero, il Geriatra redige il verbale e si raccorda con il Bed Manager per l'assegnazione del posto letto.

14. Indicatori di monitoraggio

Ai fini del governo clinico, si propone che l'Azienda monitori almeno i seguenti indicatori: durata media della permanenza in osservazione; percentuale di dimissioni a domicilio; percentuale di dimissioni protette; percentuale di ricoveri da Osservazione Geriatrica; tasso di riaccesso in PS a 7 giorni per motivi clinici affini alla precedente diagnosi di dimissione.

15. Verifica e revisione

La procedura deve essere sottoposta a verifica dopo 120 giorni dall'avvio sperimentale e quindi con cadenza almeno semestrale, mediante audit congiunto tra Direzione Medica, Pronto Soccorso, Geriatria, Bed Management e Professioni Sanitarie. L'audit deve analizzare indicatori, criticità di accesso alla diagnostica, tassi di ricovero, rientri in PS, tempi di permanenza in OBI.

ALLEGATO 2)

ATTO DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVO PER LA RIDUZIONE APPROPRIATA DEL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DAL MeCAU DEL P.O. DI PESCARA

1. Finalità

La finalità del presente atto è ridurre il numero dei ricoveri evitabili dal Pronto Soccorso, migliorando l'appropriatezza della decisione clinica, anticipando la valutazione senior, ampliando l'uso corretto dell'Osservazione Breve Intensiva, sviluppando percorsi rapidi per la casistica a bassa complessità, strutturando alternative assistenziali lo stesso giorno o a follow-up ravvicinato e rafforzando i percorsi

dedicati ai pazienti fragili. Le linee nazionali italiane e le principali evidenze internazionali convergono nel riconoscere tali strumenti come le leve più plausibili per sostituire ricoveri non necessari con setting assistenziali più appropriati.

2. Principi di governo clinico

La riduzione del tasso di ospedalizzazione deve essere perseguita nel rispetto dei seguenti principi: appropriatezza clinica, sicurezza della dimissione, tracciabilità del ragionamento decisionale, standardizzazione dei criteri per le principali sindromi, monitoraggio continuo degli esiti e assenza di automatismi numerici o quote di dimissione. Il ricovero non deve costituire la risposta ordinaria a criticità organizzative, a ritardi diagnostici o a indisponibilità di percorsi alternativi, salvo espressa motivazione clinica in cartella. Tale impostazione è coerente con la funzione attribuita dal quadro nazionale a OBI, percorsi dedicati e monitoraggio del rischio clinico.

3. Azioni operative

3.1. Senior review precoce obbligatoria per i potenziali ricoveri

Si dispone che ogni paziente per il quale si prospetti ricovero non immediatamente indifferibile sia sottoposto, prima della richiesta del posto letto, a rivalutazione da parte del Direttore del MeCAU o da dirigente medico strutturato di turno o di figura individuata quale decisore clinico appositamente delegato e segnalato sul turno dal Direttore del MeCAU che comunque è corresponsabile delle decisioni. Restano esclusi i casi di emergenza maggiore, instabilità conclamata o immediata indicazione a ricovero intensivo/salvavita. La senior review deve intervenire precocemente, con priorità per: pazienti anziani fragili, codici a maggiore probabilità di ricovero, pazienti in attesa di consulenza per decisione di setting, casi "borderline" tra dimissione protetta, OBI e ricovero ordinario. La rivalutazione senior deve essere tracciata sul verbale di PS con sintetica motivazione della scelta finale. L'evidenza disponibile associa la revisione senior precoce a minori ricoveri e a maggiore rapidità decisionale.

3.2. Attivazione sistematica dei percorsi rapidi per urgenze minori e mono-specialistiche

Il Direttore della UOC MeCAU assicura l'attivazione, o la revisione se già esistenti, dei percorsi previsti dalla DGR 493/25 (Fast Track, See and Treat etc) per la casistica a bassa complessità o di pertinenza mono-specialistica, secondo protocolli approvati e personale formato.

L'obiettivo non è solo ridurre l'attesa dei codici minori, ma anche liberare risorse mediche e box clinici per la casistica intermedia realmente suscettibile di ricovero, riducendo la pressione che favorisce decisioni prudenziali eccessivamente ricoveranti. Le Linee nazionali sul triage richiedono espressamente tali percorsi e ne collegano l'uso all'ottimizzazione dei tempi e alla riduzione della permanenza dei pazienti con urgenze minori.

3.3. Follow-up protetto e alternative same-day al ricovero

Il Direttore della UOC MeCAU, d'intesa con le strutture specialistiche aziendali interessate, organizza canali preferenziali di follow-up entro 24-72 ore per i pazienti dimissibili ma non dimissibili "nel vuoto": ambulatori dedicati, slot protetti, rivalutazione specialistica rapida, accesso a percorsi same-day, ritorno programmato in Pronto Soccorso/OBI quando clinicamente appropriato, avvio sistematico alla offerta di assistenza presso i DH dell'area medica (Dipartimentale Medico, Malattie Infettive, Nefrologia, Geriatria, Medicina, Pneumologia) per una opportuna presa in carico precoce.

La dimissione con follow-up protetto deve essere considerata setting preferenziale rispetto al ricovero ordinario nei casi in cui il bisogno assistenziale sia di rivalutazione ravvicinata, controllo di esami, verifica di risposta terapeutica o completamento di iter non urgente. I modelli same-day e il follow-up rapido strutturato sono tra le principali alternative internazionali al ricovero ordinario.

3.4. Protocolli sindromici per le principali cause di ricovero dal Pronto Soccorso

Entro 120 giorni, il Direttore della UOC MeCAU predispone, sulla base dei dati locali, protocolli sindromici per i principali cluster che determinano ospedalizzazione dal Pronto Soccorso. Tali protocolli dovranno definire criteri clinici, laboratoristici e strumentali per: ricovero ordinario, invio in OBI, dimissione semplice, dimissione protetta, follow-up specialistico, rivalutazione a breve, **invio in Day Hospital**.

I protocolli dovranno essere costruiti per i problemi clinici più frequenti, aggiornati alle migliori evidenze disponibili e tradotti in check-list documentali sintetiche, in coerenza con le linee nazionali sul triage e con l'utilizzo internazionale di criteri standardizzati di decisione per sindromi specifiche.

3.5. Rivalutazione strutturata e presidio infermieristico dell'attesa

In relazione ai volumi di accesso del Pronto Soccorso del P.O. di Pescara, il Direttore della UOC MeCAU verifica che il triage sia svolto con personale infermieristico dedicato e che sia garantita la rivalutazione strutturata dei pazienti in attesa, con particolare attenzione ai pazienti a rischio di peggioramento e a quelli potenzialmente gestibili in percorsi rapidi.

Una rivalutazione efficace riduce sia il rischio clinico sia il ricorso tardivo al ricovero "per inerzia di percorso". Le Linee nazionali richiedono personale dedicato, rivalutazione e protocolli aggiornati, soprattutto nei contesti ad alta affluenza.

3.6. Audit clinico mensile sui ricoveri evitabili

Il Direttore della UOC MeCAU istituisce un audit clinico mensile obbligatorio sui ricoveri dal Pronto Soccorso, con campionamento dei casi a più alta probabilità di inappropriatazza. Dovranno essere esaminati, in via prioritaria: ricoveri inferiori a 48 ore, ricoveri da codici minori, ricoveri per attesa di esami/consulenze, ricoveri di pazienti successivamente dimessi senza trattamento significativo, conversioni OBI-ricovero, re-accessi entro 72 ore dopo dimissione da PS o OBI.

L'audit dovrà produrre correttivi immediati, aggiornamento dei protocolli e feedback nominativo ai dirigenti medici dell'unità operativa. Le Linee nazionali sul triage richiedono audit clinico almeno mensile e monitoraggio degli indicatori di processo ed esito.

4. Indicatori di monitoraggio

Il monitoraggio mensile dovrà comprendere almeno i seguenti indicatori:

- a) tasso complessivo di ospedalizzazione dal Pronto Soccorso (valore 14,8%);
- b) percentuale di pazienti candidati al ricovero rivalutati da senior prima della richiesta posto letto;
- c) percentuale di pazienti dimessi con follow-up protetto entro 24-72 ore;
- d) re-accessi in PS entro 72 ore e 7 giorni dopo dimissione da PS/OBI;
- e) percentuale di ricoveri giudicati evitabili all'audit clinico.
- f) Attivazione entro 6 mesi se non diversamente indicate delle Azioni operative di cui al punto 3.

Il set degli indicatori è coerente con la richiesta nazionale di monitoraggio di processo ed esito e con i modelli internazionali di valutazione delle alternative al ricovero.

5. Obiettivi

L'obiettivo del piano è la riduzione progressiva di 1 punto % del tasso di ospedalizzazione rispetto al baseline del trimestre precedente l'avvio, con convergenza, entro 12 mesi, verso la fascia di riferimento del 15%,

6. Responsabilità

La responsabilità attuativa del presente piano è attribuita al Direttore della UOC MeCAU del P.O. di Pescara, che sarà valutato per i risultati conseguiti (tasso di ospedalizzazione superiore al 14,8 % annuo dopo 1 anni

dalla presente delibera), della corretta implementazione dei protocolli e della attivazione di tutte le Azioni operative qui previste.

ALLEGATO 3)

ATTO DI INDIRIZZO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLA DEGENZA MEDIA E PER LA RIDUZIONE DELLA DEGENZA EVITABILE NEI REPARTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO MEDICO

Art. 1 Finalità e oggetto

Il presente atto di indirizzo disciplina, nell'ambito dei reparti afferenti al Dipartimento Medico, le misure organizzative finalizzate alla riduzione della degenza media evitabile, al miglioramento dell'appropriatezza del ricovero ordinario, alla prevenzione delle stasi organizzative e dei ritardi di dimissione, al potenziamento della continuità assistenziale e al miglioramento dell'efficienza complessiva dei percorsi clinico-assistenziali. La riduzione della degenza media costituisce obiettivo di appropriatezza, governo clinico e responsabilità organizzativa e deve essere perseguita senza pregiudizio per la sicurezza delle cure, per la qualità dell'assistenza, per la corretta esecuzione degli accertamenti diagnostici e terapeutici e per la piena tutela del paziente fragile o complesso.

Il presente atto si pone, altresì, l'obiettivo di rafforzare l'integrazione operativa tra le unità di degenza, i servizi diagnostici, i servizi trasfusionali e le articolazioni territoriali, in quanto la durata del ricovero non è funzione esclusiva del quadro clinico del paziente, ma anche della tempestività delle decisioni organizzative e della capacità del sistema di assicurare con congruità i passaggi assistenziali successivi.

Art. 2 Ambito di applicazione

Le disposizioni del presente atto si applicano, in prima attuazione, alle Unità Operative di Medicina, Geriatria, Pneumologia, Malattie Infettive e Nefrologia.

Le disposizioni del presente atto si applicano altresì, per quanto di rispettiva competenza e in relazione ai processi che incidono sui tempi di diagnosi, trattamento e dimissione, alle Unità Operative di Radiologia, Laboratorio Analisi, Microbiologia e Centro Trasfusionale, nonché alle articolazioni territoriali coinvolte nei percorsi di continuità assistenziale.

La Direzione Strategica, su proposta della Direzione Sanitaria o del Direttore del Dipartimento Medico, può estendere il presente modello organizzativo ad altre strutture aziendali afferenti all'area medica, specialistica o post-acuzie.

Art. 3 Principi organizzativi vincolanti

Il governo della degenza media deve essere assicurato secondo i seguenti principi organizzativi vincolanti: la dimissione deve essere pianificata fin dall'inizio del ricovero e non può essere considerata attività residuale o meramente conclusiva del percorso assistenziale;

entro quarantotto ore dall'ingresso deve essere definita e tracciata in cartella clinica la classe di complessità dimissiva del paziente, distinguendo almeno tra dimissione semplice, dimissione complessa e dimissione protetta;

entro il medesimo termine deve essere indicata la data presunta di dimissione, ferma restando la possibilità di aggiornarla in relazione all'evoluzione clinica e assistenziale del caso;

i pazienti a rischio di degenza protratta devono essere identificati precocemente, monitorati quotidianamente e sottoposti a rivalutazione organizzativa oltre che clinica;

i ritardi diagnostici, consulenziali, trasfusionali, procedurali o logistici che incidano sulla durata del ricovero devono essere oggetto di specifica rilevazione, analisi e rimozione;

i pazienti clinicamente dimissibili che necessitano di continuità assistenziale devono essere tempestivamente instradati verso il setting più appropriato, con attivazione senza ritardo dei servizi distrettuali, della COT e degli eventuali percorsi di assistenza domiciliare, residenziale, intermedia o post-acuzie.

Art. 4 Responsabilità

Il Direttore del Dipartimento Medico assicura il coordinamento generale dell'attuazione del presente atto, promuove l'uniformità dei comportamenti organizzativi, convoca con cadenza almeno bimensile la riunione dipartimentale di verifica e trasmette alla Direzione Medica apposita relazione sull'andamento degli indicatori e sulle criticità rilevate.

La responsabilità attuativa del presente piano è attribuita ai Direttori della UU.OO del P.O. di Pescara. Questi saranno valutati per la corretta implementazione dei protocolli e attivazione di tutte le Azioni operative qui previste. Per i risultati conseguiti sulle degenze medie di Medicina Generale (13 giorni), Geriatria (14,2 giorni), Pneumologia (14,2 giorni), Nefrologia (12,7 giorni), Malattie Infettive (16,1 giorni) e Cardiologia (7 giorni), anche in relazione al miglioramento dei servizi appreso descritto.

Il Coordinatore infermieristico di ciascuna Unità Operativa di degenza assicura la tempestiva rilevazione dei bisogni assistenziali e sociali incidenti sulla dimissione, il raccordo operativo con il medico referente del percorso dimissivo, la tracciabilità delle criticità organizzative e il monitoraggio quotidiano dei pazienti a rischio di degenza protratta.

In ciascuna Unità Operativa di degenza è individuato, con atto interno del Direttore della struttura, un medico referente per il governo della dimissione e della degenza protratta; ove possibile, la relativa funzione è integrata con un referente infermieristico.

La Direzione Medica di Presidio assicura il presidio trasversale dei processi di ricovero e dimissione, partecipa agli audit, verifica le criticità interstrutturali e supporta la Direzione Strategica nella definizione e nell'attuazione delle misure correttive.

Il Controllo di Gestione e i Sistemi Informativi aziendali assicurano l'estrazione, la validazione e la diffusione periodica dei dati, nonché la predisposizione del cruscotto mensile di monitoraggio ed ogni azione necessaria, nella fase organizzativa di tale percorso di monitoraggio, di ogni strumento informatico opportuno perché le ordinarie attività di visita ed assistenza al paziente, regolarmente registrate in cartella clinica informatizzata dal gennaio del 2025, possano tempestivamente essere desunte con opportuni strumenti informatici ed utilizzate per gli scopi sopra indicati, senza aggravio di lavoro per i Dirigenti medici coinvolti nella gestione clinica del paziente.

A tal scopo verrà istituito un Tavolo tecnico tra i Dirigenti Medici referenti per il governo della dimissione dei cinque reparti di area medica individuati, dei servizi diagnostici coinvolti ed un delegato della UOC Servizi Informatici, della Direzione Medica di PO e del Controllo di Gestione, affinché entro 30 giorni dalla assunzione della presente delibera gli strumenti informatici necessari per il supporto agli obiettivi sopra indicati, incluso l'utilizzo sistematico di scale di valutazione di riferimento internazionale, siano tempestivamente individuati ed approntati, sì da poter essere validati ed rivisti nel periodo successivo con cadenza trimestrale.

Le Unità Operative di supporto diagnostico e terapeutico, e segnatamente Radiologia, Laboratorio Analisi, Microbiologia e Virologia, Gastroenterologia, Neurofisiopatologia e Centro Trasfusionale e Reparti di consulenza specialistica, sono tenuti, per quanto di rispettiva competenza, a concorrere attivamente al governo della degenza media, assicurando priorità operativa alle richieste provenienti dai reparti di degenza, tempestiva presa in carico delle stesse, refertazione e trasmissione degli esiti entro tempi coerenti con la classe di priorità clinica e con gli standard organizzativi aziendali di cui al presente atto. Tale organizzazione andrà proposta, validata con il Tavolo Tecnico sopra individuato, e rivalutata per il futuro con frequenza trimestrale nel medesimo ambito, per l'assunzione delle modifiche che si rendano via via necessari.

I Distretti sanitari, la Centrale Operativa Territoriale e le altre articolazioni territoriali competenti assicurano, per quanto di rispettiva competenza, la tempestiva attivazione dei percorsi di continuità assistenziale necessari alla dimissione, con particolare riguardo ai pazienti fragili, anziani, cronici complessi e privi di adeguato supporto sociale o familiare, cui è fatto obbligo di notifica tempestiva ai reparti della data di presa in carico, che entrerà a far parte degli indicatori di percorso.

Art. 5 Obblighi organizzativi delle Unità Operative di degenza

Ciascuna Unità Operativa di degenza interessata è tenuta ad attuare, in via obbligatoria, le seguenti misure organizzative:

valutazione iniziale della complessità clinica, assistenziale e dimissiva del paziente entro quarantotto ore dal ricovero;
registrazione, entro il medesimo termine, della data presunta di dimissione, con obbligo di aggiornamento motivato nei casi di variazione significativa del percorso;
svolgimento quotidiano, di valutazioni di reparto dedicato ai pazienti dimissibili, ai ricoveri bloccati da fattori non clinici e ai casi a rischio di degenza protratta;
tracciabilità, per ogni ricovero eccedente la soglia di attenzione, della causa prevalente di protrazione della degenza, da classificarsi almeno nelle seguenti categorie: instabilità clinica, completamento iter diagnostico, completamento iter terapeutico, attesa consulenza, attesa procedura, attesa refertazione o esito diagnostico, attesa disponibilità trasfusionale, attesa posto letto trasferimento interno, attesa setting territoriale o residenziale, criticità sociale o familiare;
attivazione della COT o degli altri servizi territoriali competenti entro quarantotto ore dall'identificazione del bisogno, in tutti i casi di dimissione protetta o di prevedibile necessità di continuità assistenziale;
predisposizione tempestiva della documentazione di dimissione, in modo tale da evitare permanenze improprie determinate da ritardi meramente amministrativi o documentali;
garanzia, ove clinicamente possibile, di dimissioni distribuite nell'arco della settimana, onde evitare addensamenti artificiali e differimenti non giustificati.

Art. 5-bis Obblighi delle Unità Operative di supporto diagnostico e terapeutico

Le Unità Operative di Radiologia, Laboratorio Analisi, Microbiologia e Centro Trasfusionale concorrono, per quanto di rispettiva competenza, al perseguimento degli obiettivi di riduzione della degenza evitabile e di accelerazione dei percorsi decisionali clinico-assistenziali nei reparti afferenti al Dipartimento Medico.

A tal fine, esse assicurano priorità organizzativa alle richieste provenienti dai pazienti ricoverati e garantiscono, salvo motivate ragioni tecniche, organizzative o metodologiche da tracciarsi nei sistemi aziendali, la trasmissione dei referti o degli esiti entro ventiquattro ore per le richieste classificate come urgenti ed entro settantadue ore per le richieste ordinarie.

Per gli accertamenti che, per propria natura, richiedano tempi tecnici incomprimibili incompatibili con il termine ordinario di settantadue ore, la struttura competente assicura, ove possibile, la refertazione preliminare, ovvero la formale comunicazione dello stato di avanzamento dell'indagine e del tempo stimato di completamento.

Le Unità Operative di cui al presente articolo assicurano, altresì, il monitoraggio delle richieste inevase o differite oltre i termini standard, con indicazione della motivazione del ritardo, ai fini della successiva analisi nell'ambito del cruscotto aziendale.

Restano ferme le priorità cliniche superiori e le situazioni eccezionali legate a emergenze, indisponibilità tecnologiche, guasti, esigenze di validazione specialistica, tempi biologici o tecnici propri della metodica impiegata, purché debitamente tracciate e documentate.

Art. 6 Indicatori di monitoraggio e soglie obiettivo

Ai fini dell'attuazione del presente atto sono istituiti i seguenti indicatori obbligatori di processo e di risultato.

1. Degenza media ordinaria per Unità Operativa, calcolata su base mensile e trimestrale. Obiettivo: riduzione progressiva rispetto al baseline dei dodici mesi precedenti, secondo il target assegnato di g.d.m. Medicina Generale 13 giorni, Geriatria 14,2 giorni, Pneumologia 14,2 giorni, Nefrologia 12,7 giorni, Malattie Infettive 16,1 giorni e Cardiologia 7 giorni (Annuario Statistico SSN 2023 del Ministero della Salute nella tabella "Attività di degenza delle strutture di ricovero pubbliche per disciplina ospedaliera – anno 2023).
2. Percentuale di ricoveri con classificazione della complessità dimissiva entro quarantotto ore. Obiettivo minimo: 90%.
3. Percentuale di ricoveri con data presunta di dimissione definita entro quarantotto ore. Obiettivo minimo: 90%.

4. Percentuale di pazienti eleggibili alla dimissione protetta per i quali la richiesta al Distretto, alla COT o ad altra articolazione territoriale competente risulta avviata entro quarantotto ore dall'identificazione del bisogno.
Obiettivo minimo: 85%.
5. Tasso di riammissione a trenta giorni per medesima o correlata condizione clinica, quale indicatore di bilanciamento.
Obiettivo: assenza di peggioramento significativo rispetto al baseline.
6. Percentuale di richieste urgenti provenienti dai reparti afferenti al Dipartimento Medico evase con referto o esito trasmesso entro ventiquattro ore da parte di Radiologia, Laboratorio Analisi, Microbiologia e Centro Trasfusionale.
Obiettivo minimo: 90%.
7. Percentuale di richieste ordinarie provenienti dai reparti afferenti al Dipartimento Medico evase con referto o esito trasmesso entro settantadue ore da parte di Radiologia, Laboratorio Analisi, Microbiologia e Centro Trasfusionale, fatti salvi gli esami esclusi per documentata incompatibilità tecnica del termine.
Obiettivo minimo: 85%.

Art. 7 Indicatori, monitoraggio e audit

Gli indicatori di cui all'art.6 sono predisposti dal Controllo di Gestione con il supporto dei Sistemi Informativi aziendali ed è trasmesso, alla Direzione Strategica, alla Direzione Sanitaria, alla Direzione Medica di Presidio, al Direttore del Dipartimento Medico, ai Direttori delle Unità Operative interessate e ai responsabili dei servizi diagnostici e trasfusionali coinvolti.

Con cadenza settimanale ciascuna Unità Operativa di degenza trasmette al Direttore del Dipartimento Medico l'elenco dei pazienti con degenza protratta, con indicazione della motivazione prevalente del ritardo, del setting di destinazione e dell'azione correttiva intrapresa o da intraprendere.

Con cadenza mensile o su richiesta del Direttore del Dipartimento Medico convoca una riunione strutturata di verifica, cui devono partecipare, ove necessario in relazione alle criticità emerse, i Direttori delle Unità Operative di supporto diagnostico e terapeutico, i referenti della Direzione Medica di Presidio, del Controllo di Gestione, dei Distretti, della COT e di ogni altra U.O. specialistica organizzativa coinvolta.

Con cadenza trimestrale la Direzione Medica promuove audit direzionali sui casi di maggiore protrazione di degenza, sulle criticità ricorrenti imputabili a fattori non clinici, sui ritardi nella risposta dei servizi diagnostici o trasfusionali e sugli eventuali peggioramenti degli indicatori di bilanciamento.

Art. 8 Meccanismi di controllo e misure conseguenti

La Direzione Sanitaria dispone audit bimestrale per il monitoraggio dell'effettiva attuazione e dell'andamento degli indicatori sopra indicati, e discute con i Direttori delle UOC coinvolte e con Il Tavolo Tecnico dei referenti della Dimissione le ragioni degli scostamenti, generando nel contempo indicatori analitici della complessità del carico assistenziale sostenuto dalle medesime UOC tanto in regime di ricovero che in regime di Day Service e Day Hospital, valutando anche la sistematicità della fluida transizione tra i regimi di degenza a favore di un abbreviamento della degenza media, con il coinvolgimento della Direzione Medica di Presidio, del Controllo di Gestione e delle ulteriori strutture interessate.

Ove gli audit periodici evidenzino criticità organizzative, inerzie gestionali non giustificate o mancata cooperazione interstrutturale, la Direzione Strategica può adottare conseguenti misure organizzative, ivi comprese la rimodulazione dei processi interni, la ridefinizione dei percorsi di priorità, l'assegnazione di specifici obiettivi correttivi, l'attivazione di supporti dedicati inclusa la verifica dei Direttori di struttura. come previsto dall'ordinamento e coerente con i poteri di direzione e coordinamento aziendale.

Art. 9 Garanzie di appropriatezza e sicurezza

Nessuna misura adottata in attuazione del presente atto può giustificare dimissioni premature, trasferimenti impropri, riduzione della qualità dell'assistenza, compressione di attività diagnostiche o terapeutiche necessarie, ovvero alterazioni delle priorità cliniche in danno del paziente.

Il perseguimento della riduzione della degenza media deve essere costantemente bilanciato con la verifica degli esiti clinici e assistenziali, onde evitare che il miglioramento del dato organizzativo si traduca in un peggioramento della sicurezza, della continuità assistenziale o dell'appropriatezza del percorso di cura.

ALLEGATO 4)

ISTITUZIONE SPERIMENTALE DELLA UNITÀ DI ADMISSION E CURE MULTIDISCIPLINARI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO

1. Premessa

L'ASL di Pescara registra un costante afflusso di utenti presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Pescara, con particolare impatto sulla gestione dei ricoveri, sui tempi di permanenza in area di emergenza e sul fenomeno del boarding.

L'incremento dei pazienti complessi, fragili o pluripatologici richiede una presa in carico precoce e integrata, finalizzata a definire il setting assistenziale più appropriato, evitando ricoveri impropri o permanenze non necessarie in Pronto Soccorso.

L'Azienda ha già adottato misure di gestione del sovraffollamento, tra cui il modello di Admission Room diffusa, previsto dalle deliberazioni aziendali n. 1217/2024 e n. 642/2025, nonché dalla nota prot. n. 125474.25 del 18 dicembre 2025, relativa all'operatività dei ricoveri sette giorni su sette, compresi i giorni festivi.

Con deliberazione n. 14/2025 è stata inoltre istituita la figura del Bed Manager Aziendale, con funzione di governo dei flussi tra Pronto Soccorso, reparti di degenza, aree di osservazione, strutture convenzionate e setting territoriali.

L'analisi del boarding relativa all'anno 2025 ha evidenziato che 6.081 pazienti sono transitati in tale regime, con un tempo medio di permanenza pari a circa 2,2 giorni. Di questi, 850 pazienti sono stati dimessi direttamente verso il domicilio o verso setting assistenziali alternativi al ricovero ordinario.

Tali dati evidenziano la presenza di una quota di pazienti che, pur non essendo immediatamente dimissibili dal Pronto Soccorso, non richiedono necessariamente un ricovero ordinario protratto, ma necessitano di stabilizzazione, monitoraggio e definizione del percorso assistenziale successivo.

2. Oggetto

La presente procedura disciplina l'attivazione sperimentale della **Unità di Admission e Cure Multidisciplinari**, di seguito **UACM**, quale modulo organizzativo destinato alla gestione di pazienti complessi provenienti dal Pronto Soccorso.

La UACM prende in carico pazienti che abbiano concluso l'iter diagnostico-terapeutico d'urgenza e per i quali sia stata definita la necessità di ricovero o di presa in carico ospedaliera breve, con necessità di monitoraggio clinico, stabilizzazione o individuazione del successivo setting assistenziale.

La UACM non costituisce area di attesa del posto letto, ma modulo di presa in carico clinico-assistenziale finalizzato alla gestione appropriata del paziente e alla riduzione della permanenza in Pronto Soccorso.

3. Natura sperimentale

La UACM è attivata in via sperimentale nell'ambito dell'autonomia organizzativa aziendale.

La sperimentazione ha carattere temporaneo e non comporta, nella fase iniziale, modifica formale della rete dei servizi.

Gli esiti della sperimentazione saranno valutati attraverso specifici indicatori di attività, appropriatezza ed esito, al fine di verificare l'efficacia del modello e l'eventuale stabilizzazione organizzativa.

4. Finalità

La UACM ha la finalità di migliorare la gestione del paziente complesso proveniente dal Pronto Soccorso, favorendo una presa in carico tempestiva e orientata al setting assistenziale più appropriato.

In particolare, il modello persegue i seguenti obiettivi:

- ridurre il boarding in Pronto Soccorso;
- migliorare l'appropriatezza dei ricoveri;
- favorire la stabilizzazione clinica dei pazienti complessi;

- facilitare dimissioni protette, attivazioni ADI, valutazioni UVMO e percorsi territoriali;
- ridurre il ricorso improprio ai reparti di degenza ordinaria;
- migliorare il governo dei posti letto e dei flussi ospedalieri.

5. Collocazione e dotazione

La UACM è collocata presso il **terzo piano, ala Sud**, attualmente destinato a degenza chirurgica.

Ai fini della gestione amministrativa e informatica, viene istituita su ADT apposita struttura denominata:

Unità di Admission e Cure Multidisciplinari – UACM

La permanenza in UACM è orientativamente prevista entro le **48-72 ore**, salvo motivate esigenze cliniche o organizzative, successivamente i pazienti sono trasferiti alle unità di degenza di competenza.

6. Pazienti eleggibili

Sono eleggibili per la UACM i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso che abbiano concluso l'inquadramento diagnostico-terapeutico d'urgenza e che necessitino di un livello intermedio di intensità assistenziale.

Rientrano, a titolo esemplificativo, tra i pazienti eleggibili:

- pazienti con insufficienza d'organo potenzialmente reversibile;
- pazienti con scompenso cardiaco lieve-moderato;
- pazienti con patologie cardiologiche che richiedano monitoraggio, in assenza di indicazione a setting intensivo o sub-intensivo;
- pazienti con insufficienza respiratoria non richiedente cure intensive;
- pazienti con patologie infettive che richiedano terapia endovenosa, in assenza di necessità di isolamento dedicato;
- pazienti con insufficienza renale di nuova diagnosi o riacutizzazione di patologia renale nota;
- pazienti con patologie gastrointestinali non chirurgiche;
- pazienti con patologie neurologiche non tempo-dipendenti;
- pazienti con patologie traumatiche non chirurgiche;
- pazienti fragili o pluripatologici per i quali sia necessario definire rapidamente il successivo percorso assistenziale.

7. Criteri di esclusione

Non sono eleggibili per la UACM:

- pazienti con iter diagnostico di Pronto Soccorso non concluso;
- pazienti per i quali non sia stata ancora definita la necessità di ricovero o presa in carico ospedaliera;
- pazienti clinicamente instabili o critici;
- pazienti con necessità di terapia intensiva, sub-intensiva o setting specialistico dedicato;
- pazienti con patologie tempo-dipendenti;
- pazienti con sospetto o conferma di malattia infettiva contagiosa che richieda isolamento dedicato;
- pazienti chirurgici con indicazione a trattamento operatorio o presa in carico chirurgica prioritaria;
- pazienti per i quali l'accesso alla UACM possa ritardare l'invio al setting clinico appropriato.

8. Percorso operativo

Il percorso del paziente si articola nelle seguenti fasi:

1. decisione di ricovero da parte del medico di Pronto Soccorso con indicazione UACM (+U.O. di ricovero);
2. trasferimento del paziente in UACM, ove coerente con i criteri di accesso, in accordo con il bed management;
3. presa in carico clinico-assistenziale da parte della UACM;
4. definizione del successivo setting assistenziale (trasferimento ad U.O., dimissione a Domicilio o ad altri setting assistenziali).

9. Presa in carico in UACM

All'ingresso in UACM viene effettuata la rivalutazione del paziente e viene definito il piano clinico-assistenziale.

La presa in carico è finalizzata a:

- monitoraggio clinico;
- stabilizzazione del quadro;
- prosecuzione o adeguamento della terapia;
- completamento di accertamenti o consulenze necessari;
- definizione del percorso successivo.

Il setting di uscita può essere rappresentato da:

- dimissione a domicilio;
- dimissione protetta;
- attivazione o riattivazione ADI;
- trasferimento presso struttura convenzionata residenziale;
- trasferimento presso reparto di degenza ordinaria;
- altro percorso assistenziale appropriato.
(dove necessaria viene richiesta valutazione UVMO)

10. Raccordo con Bed Management e PAGES

Il Bed Management governa i trasferimenti dal Pronto Soccorso verso UACM, da UACM verso i reparti di degenza, verso strutture convenzionate residenziali e presso ulteriori setting.

La UACM non sostituisce le misure previste dal Piano Aziendale di Gestione del Sovraffollamento e non modifica l'obbligo di assorbimento quotidiano dei pazienti da parte dei reparti, secondo le deliberazioni aziendali vigenti.

La UACM costituisce misura aggiuntiva di governo dei flussi e opera in integrazione con il PAGES.

Il Bed Management monitora quotidianamente l'occupazione della UACM, la disponibilità dei posti letto, i pazienti dimissibili e i pazienti trasferibili.

Il superamento dell'85% di occupazione dei posti letto costituisce soglia di attenzione e comporta la rivalutazione dei pazienti presenti, con priorità alla dimissione, al trasferimento presso altre U.O. ospedaliero (Fase 2 della delibera 642/2025) o all'attivazione di setting alternativi.

11. Governance

La UACM afferisce funzionalmente al **Dipartimento delle Medicine** ed è in raccordo con la Direzione Medica di Presidio, il Pronto Soccorso e il Bed Management.

È individuato un **Responsabile Clinico-Gestionale della UACM**, con funzioni di coordinamento clinico-organizzativo, verifica dell'appropriatezza degli accessi, raccordo con il Bed Management e monitoraggio degli indicatori.

Il Responsabile Clinico-Gestionale assicura:

- corretta applicazione dei criteri di accesso;
- supervisione della presa in carico clinica;
- raccordo con Pronto Soccorso, reparti e servizi territoriali;
- monitoraggio della durata della degenza;
- promozione e **attuazione** delle dimissioni protette e non, dei percorsi alternativi al ricovero ordinario;
- segnalazione di eventuali criticità alla Direzione Medica di Presidio;

Il Responsabile Clinico-Gestionale ha le seguenti funzioni:

- autonomia clinico-gestionale UACM, attraverso una gestione diretta e autonoma del ricovero e della dimissione, degli iter diagnostico-terapeutici da eseguire in regime di urgenza;
- approccio multidisciplinare integrato, promuovendo il confronto tra specialisti sin dalla fase valutativa, supportando decisioni cliniche condivise per gestire patologie complesse che permettano dimissioni protette o precoci.

12. Gestione delle Risorse

L'assetto delle risorse mediche, infermieristiche e di supporto e l'organizzazione viene definito così come previsto dalla Delibera G.R. 493/2025 (la funzione organizzativa della *Admission Room* compete alla Direzione di Presidio Ospedaliero, la gestione del personale infermieristico e OSS assegnato all'area è di competenza del Dipartimento delle Professioni sanitarie/Dirigente delle professioni sanitarie) in relazione alla dotazione dei posti letto, alla complessità assistenziale dei pazienti e alla disponibilità di personale.

La UACM può avvalersi di personale già presente nell'area interessata, integrato da ulteriori risorse individuate secondo le ordinarie procedure aziendali. La UACM sarà dotata per l'avvio delle proprie attività assistenziali di 6 Dirigenti medici aggiuntivi rispetto agli attuali organici delle UOC afferenti al Dipartimento Medico, incluso il Responsabile. Per una opportuna riduzione del rischio clinico dei pazienti coinvolti nella gestione della fase di transizione, pur stante l'immediata esecutività della presente delibera, l'utilizzo dei posti letto individuati per la UACM sarà avviato dopo la completa definizione dell'organico medico ed infermieristico necessario. Le modalità di turnazione e l'organizzazione interna del personale sono definite con separata disposizione operativa, coerente con l'avvio sperimentale del modulo.

13. Obiettivi

La sperimentazione ha durata iniziale pari a **sei mesi**.

Durante il periodo sperimentale sono monitorati i seguenti indicatori:

- numero di pazienti ricoverati in UACM;
- percentuale di pazienti dimessi direttamente dalla UACM;
- percentuale di pazienti trasferiti in reparti di degenza ordinaria;
- percentuale di pazienti inviati verso strutture convenzionate o setting territoriali;
- durata media della permanenza in UACM;
- percentuale di degenze inferiori a 72 ore;
- tasso di rientro in Pronto Soccorso entro 7 giorni per motivi clinici correlabili alla precedente dimissione;
- riduzione del boarding in Pronto Soccorso;
- riduzione del tempo di permanenza in Pronto Soccorso dopo decisione di ricovero;
- numero di dimissioni protette, attivazioni ADI, riattivazioni ADI e valutazioni UVMO;
- riduzione dei ricoveri potenzialmente impropri presso reparti non coerenti con il bisogno clinico prevalente.

Gli esiti del monitoraggio sono valutati dalla Direzione Strategica ai fini della conferma, rimodulazione o cessazione della sperimentazione.

14. Disposizioni finali

La presente procedura costituisce il riferimento operativo per l'attivazione sperimentale di 12 mesi della UACM.

La UACM opera quale misura integrativa del sistema aziendale di governo dei flussi, senza sostituire i percorsi tempo-dipendenti, i setting intensivi o sub-intensivi, i reparti specialistici dedicati e gli obblighi di assorbimento quotidiano dei pazienti da parte delle Unità Operative di degenza.

Il Dirigente Amministrativo, con la presente sottoscrizione, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del provvedimento

Il Dirigente Amministrativo

Federico De Nicola

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione attesta che la spesa risulta corrispondente al bilancio di previsione dell'anno corrente.

Il Direttore

Federica Faccia

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Bilancio e Gestione Economica Finanziaria attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del Bilancio n. NON APPLICABILE

Anno 2026

Il Direttore

Graziano Di Marco

firmato digitalmente

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

Parere favorevole

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Francesca Rancitelli

firmato digitalmente

Parere favorevole

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Rossano Di Luzio

firmato digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Vero Michitelli

firmato digitalmente

Deliberazione n. 813 del 27/05/2026 ad oggetto:

ULTERIORI INTERVENTI PER LA RIDUZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DEL FENOMENO BOARDING NELLA U.O.C. MECAU

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 27/5/2026 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.

Atto soggetto al controllo della Regione (art. 4, co. 8 L. 412/91): NO

Il Funzionario Incaricato