



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

**GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO
NEI PRONTO SOCCORSO: ADMISSION ROOM**

**MANAGEMENT OF OVERCROWDING IN EMERGENCY
DEPARTMENTS: THE ADMISSION ROOM MODEL**

Relatore: Chiarissimo
Giampietro Beltrami

Tesi di Laurea di:
Emanuela Callara'

Correlatore: Chiar.mo
Rocchi Renato

A.A. 2025 – 2026

ABSTRACT

Introduzione. Il sovraffollamento dei Pronto Soccorso (PS) e, in particolare, il fenomeno del ‘boarding’ — la permanenza prolungata in PS di pazienti già destinati al ricovero in attesa di un posto letto — rappresentano una criticità sistemica del sistema sanitario italiano, con ripercussioni significative sulla sicurezza clinica, sulla qualità dell’assistenza e sul benessere degli operatori. Le Linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute (2019) e, più recentemente, la Delibera di Giunta Regionale Marche n. 555/2026, individuano nell’istituzione di un’Admission Room una possibile risposta organizzativa al fenomeno.

Obiettivo. Il presente project work si propone di progettare un modello organizzativo di Admission Room per il Pronto Soccorso dell’Ospedale di Fermo (AST Fermo), finalizzato a separare i pazienti in attesa di ricovero da quelli ancora in fase diagnostico-decisionale, riducendo il boarding e il sovraffollamento e migliorando la sicurezza e la qualità dell’assistenza.

Materiali e Metodi. Studio di tipo osservazionale-interventistico a carattere organizzativo, condotto nell’ambito di un tirocinio clinico. Sono stati analizzati la letteratura scientifica internazionale, il quadro normativo nazionale e regionale e le risorse strutturali e professionali disponibili presso il PS di Fermo, al fine di definire un modello di Admission Room (12 posti letto, gestione a prevalenza infermieristica con supervisione medica integrata) e i relativi indicatori di processo ed esito. La valutazione del modello è stata condotta mediante confronto con la letteratura e con i benchmark nazionali disponibili.

Risultati. È stato definito un modello organizzativo dettagliato — criteri di ammissione ed esclusione, dotazione di personale e turni, percorso del paziente, indicatori di monitoraggio — sostenibile dal punto di vista economico e organizzativo, in quanto basato sulla riconversione di spazi e risorse già disponibili. Il confronto con le evidenze nazionali e internazionali conferma la coerenza del modello proposto con le migliori strategie raccomandate per la gestione del boarding.

Conclusioni. L’Admission Room si configura come uno strumento di governo clinico capace di rendere il fenomeno del boarding misurabile, monitorabile e gestibile, con potenziali benefici sulla sicurezza del paziente, sulla qualità dell’assistenza e sul

benessere del personale sanitario. Il lavoro evidenzia inoltre il ruolo strategico dell'infermiere — sia a livello operativo che dirigenziale — nella progettazione e nella gestione di modelli organizzativi innovativi. Un monitoraggio prospettico degli indicatori proposti, una volta ottenute le necessarie autorizzazioni, sarà indispensabile per valutarne l'efficacia nel medio-lungo periodo e la replicabilità in altri contesti ospedalieri.

ABSTRACT (ENGLISH VERSION)

Background. Emergency Department (ED) overcrowding and, in particular, boarding — the prolonged stay in the ED of patients already designated for admission while awaiting an inpatient bed — represent a systemic critical issue for the Italian healthcare system, with significant consequences for clinical safety, quality of care, and staff well-being. The national guidelines issued by the Italian Ministry of Health (2019) and, more recently, Regional Council Resolution No. 555/2026 of the Marche Region, identify the establishment of an Admission Room as a possible organizational response to this phenomenon.

Objective. This project work aims to design an organizational model for an Admission Room for the Emergency Department of the Hospital of Fermo (AST Fermo), intended to separate patients awaiting admission from those still undergoing diagnostic and decision-making processes, thereby reducing boarding and overcrowding and improving patient safety and quality of care.

Materials and Methods. This is an observational-interventional organizational study conducted during a clinical placement. International scientific literature, national and regional regulatory frameworks, and the structural and professional resources available at the Fermo ED were analyzed in order to define an Admission Room model (12 beds, predominantly nurse-led management with integrated medical supervision) and related process and outcome indicators. The model was evaluated through comparison with the scientific literature and available national benchmarks.

Results. A detailed organizational model was defined — admission and exclusion criteria, staffing and shift arrangements, patient pathway, and monitoring indicators — that is sustainable from both an economic and organizational standpoint, as it relies on the reconversion of already available spaces and resources. Comparison with national and international evidence confirms the consistency of the proposed model with the best recommended strategies for managing boarding.

Conclusions. The Admission Room represents a clinical governance tool capable of making boarding measurable, monitorable, and manageable, with potential benefits for patient safety, quality of care, and staff well-being. The work also highlights the strategic role of nurses — both at the clinical and managerial level — in designing and managing

innovative organizational models. Prospective monitoring of the proposed indicators, once the necessary authorizations have been obtained, will be essential to assess the model's effectiveness in the medium-to-long term and its replicability in other hospital settings.

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	1
1.1 Normativa nazionale di riferimento.....	7
1.2 Normativa regionale.....	8
1.3 Normativa internazionale	9
2. OBIETTIVO.....	10
3. MATERIALI E METODI	11
3.1 Disegno di studio	11
3.2 Pianificazione.....	12
3.3. Progettazione	13
4. RISULTATI.....	15
4.1 Proposta organizzativa e percorso del paziente	15
4.2 Indicatori di monitoraggio	18
4.3 Modalità di monitoraggio e valutazione del progetto.....	18
5.1 Impatto sulla sicurezza del paziente	20
5.2 Impatto sulla qualità dell'assistenza e sulla dignità del paziente	21
5.3 Impatto sul personale sanitario e sul benessere organizzativo.....	21
5.4 Impatto sull'efficienza dei flussi ospedalieri e sul bed management.....	22
5.5 Confronto con il contesto nazionale e internazionale e limiti del modello	23
5.6 Il ruolo infermieristico nella governance dell'Admission Room	28
6.1 Il boarding come problema sistemico	30
6.2 La sostenibilità del modello.....	30
6.3 Il contributo al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure.....	31
6.4 Prospettive future e replicabilità del modello.....	32
6.5 Il valore formativo del progetto per il professionista infermieristico	33
6.6 Considerazioni finali	34
7. BIBLIOGRAFIA.....	35
8. SITOGRAFIA	38

1. INTRODUZIONE

Il sovraffollamento nei Pronto Soccorso (PS) rappresenta una delle sfide più complesse e pressanti per i sistemi sanitari contemporanei, sia a livello nazionale che internazionale. Si verifica quando il numero di pazienti presenti supera la capacità operativa e strutturale del servizio, generando ritardi nell'erogazione delle cure, compromissione della qualità assistenziale, maggiore rischio clinico e incremento del carico psicofisico per gli operatori sanitari. La natura multifattoriale del fenomeno impone un'analisi approfondita che tenga conto di fattori organizzativi, gestionali, clinici e sociali, e il crescente numero di accessi è spesso alimentato da inappropriatezze nell'uso del servizio, insufficiente integrazione con i servizi territoriali, carenza di risorse umane e strutturali, nonché difficoltà nei processi di ricovero e dimissione. La World Health Organization (WHO) ha recentemente evidenziato come i sistemi di emergenza debbano essere rafforzati per garantire la capacità di risposta a situazioni critiche, inclusi i picchi di affluenza e le emergenze sanitarie complesse, sottolineando la necessità di soluzioni strutturate, tecnologicamente avanzate e fortemente integrate con il territorio. In Europa, il sovraffollamento si manifesta con tempi di attesa crescenti, accessi impropri, ricoveri posticipati e lunghi tempi di boarding, fenomeni che determinano disuguaglianze nell'accesso alle cure e un progressivo deterioramento degli standard assistenziali. In questo contesto, la misurazione accurata del fenomeno diventa uno strumento fondamentale per il suo governo: indicatori come l'Emergency Department Length of Stay (EDLOS), i tempi di attesa al triage, il boarding time e strumenti compositi come il NEDOCS consentono di monitorare e quantificare la pressione sul sistema, identificando le aree critiche e guidando le decisioni strategiche. Tuttavia, la sola misurazione non è sufficiente: la letteratura scientifica e le esperienze internazionali dimostrano che è necessario integrare i dati con strategie di intervento mirate, come il triage avanzato, i percorsi Fast Track, l'impiego dei Point-of-Care Testing (POCT) e l'uso di modelli predittivi basati sull'intelligenza artificiale, la cui implementazione richiede tuttavia adattamenti specifici ai contesti locali.

La revisione della letteratura scientifica recente conferma e approfondisce questo quadro generale. Pearce et al. (2023), in un'overview di revisioni sistematiche internazionali, individuano nel boarding il determinante primario del sovraffollamento, ancora prima dei

picchi di affluenza o delle carenze di personale, e ne documentano l'associazione con un incremento della mortalità intraospedaliera, degli eventi avversi e dell'insoddisfazione dei pazienti. Sul piano delle strategie di intervento, la meta-analisi di Devia Jaramillo et al. (2025), condotta su oltre venti studi internazionali, quantifica una riduzione media dell'EDLOS di circa 22 minuti con l'introduzione del triage avanzato con medico e di entità analoga con i percorsi Fast Track o See-and-Treat, mentre l'impiego dei POCT può ridurre i tempi di permanenza fino a circa 40 minuti. Nel contesto italiano, lo studio di Verzelli et al. (2025), condotto in un ospedale dell'Emilia-Romagna, ha rilevato che l'adozione del modello See-and-Treat ha consentito una riduzione di circa 2.600 accessi convenzionali all'anno e un risparmio economico superiore a 100.000 euro annui, confermando l'efficacia di questi percorsi per i pazienti a bassa complessità. L'esperienza colombiana descritta da Devia Jaramillo et al. (2024), relativa a un protocollo di Early Attention, dimostra inoltre come la riorganizzazione precoce dei processi diagnostico-decisionali possa migliorare significativamente la fluidità dei flussi per i pazienti a bassa complessità.

Sul piano della misurazione, l'analisi condotta dalla Regione Lombardia (2024) su database amministrativi regionali ha evidenziato come strumenti compositi quali il NEDOCS, sviluppati in contesti statunitensi, risultino poco attendibili nella realtà italiana, suggerendo lo sviluppo di algoritmi locali basati su parametri più semplici e immediatamente disponibili, come i tempi di attesa alla prima visita medica. Accanto agli effetti sui pazienti, la revisione narrativa di Xie et al. (2025), condotta in Cina, documenta come l'esposizione prolungata a condizioni di sovraffollamento si traduca, per gli operatori sanitari, in stress cronico, burnout, disturbi psicosomatici e una maggiore esposizione ad aggressioni verbali e fisiche, con un impatto diretto sulla qualità delle cure erogate e sulla retention del personale.

Tabella 1: Riassunto articoli selezionati

Autore (Anno)	Paese / Contesto	Obiettivi specifici	Tipo di Studio	Risultati principali (dettagliati)	Limiti dichiarati
Devia Jaramillo et al. (2025)	Internazionale (meta-analisi su >20 studi)	Identificare e quantificare l'efficacia di diverse strategie organizzative	Revisione sistematica + meta-analisi	– Medico al triage: riduzione media EDLOS -21,9 min. – Fast Track/See-	Elevata eterogeneità tra studi; differenze di contesto; qualità variabile

		per ridurre la durata della permanenza in PS (EDLOS).		and-Treat: riduzione media EDLOS -21,8 min. – POCT: riduzione media -42 min (alcuni studi non significativi). – Evidenza più solida per triage avanzato.	delle fonti incluse.
Devia Jaramillo et al. (2024)	Colombia, ospedale universitario	Valutare l'impatto di un protocollo di Early Attention (PAT) sull'accesso precoce e il sovraffollamento.	Studio retrospettivo comparativo (pre-post)	– Introduzione PAT: riduzione significativa dei tempi di attesa iniziali e dell'EDLOS. – Maggiore fluidità del flusso pazienti a bassa complessità.	Disegno retrospettivo; singolo centro; trasferibilità limitata.
Pearce et al. (2023)	Internazionale (overview di revisioni)	Fornire una sintesi critica delle revisioni sistematiche su cause, misure e conseguenze del sovraffollamento in PS.	Overview di revisioni sistematiche	– Boarding determinante primario del crowding. – Indicatori più comuni: EDLOS, tempi di attesa, NEDOCs, occupancy rate. – Impatti: ↑ mortalità, ↑ eventi avversi, ↓ soddisfazione.	Qualità disomogenea delle revisioni incluse; assenza di standardizzazione e degli indicatori.
Xie et al. (2025)	Cina	Analizzare le conseguenze del sovraffollamento o sul benessere psicofisico degli operatori sanitari.	Revisione narrativa	– Sovraffollamento correlato a burnout, stress, disturbi psicosomatici. – ↑ rischio aggressioni fisiche e verbali. – Impatto negativo su soddisfazione e retention.	Assenza di analisi quantitative; focus geografico limitato.
Verzelloni et al. (2025)	Italia (Emilia-Romagna, PS ospedaliero)	Valutare gli effetti del modello See-and-Treat sull'uso delle	Studio osservazionale (pre-post)	– Riduzione di circa 2.600 accessi convenzionali/anno. – Risparmio economico	Applicabilità limitata a PS con Fast Track già attivo; studio osservazionale senza

		risorse e sui costi.		>100.000 €/anno. – Migliorata efficienza per pazienti a bassa complessità.	randomizzazione.
Regione Lombardia (2024)	Italia (database regionale DEA lombardi)	Analizzare la validità degli indicatori di sovraffollamento e proporre strumenti di monitoraggio regionali.	Analisi secondaria su database amministrativi	– NEDOCS poco attendibile in diversi contesti. – Proposti algoritmi locali basati su tempi di attesa alla prima visita. – Indicatori più sensibili alle variazioni di afflusso.	Analisi limitata al contesto regionale; mancanza di validazione multicentrica.
Scoping review (2025)	Internazionale	Mappare i fattori determinanti della durata della permanenza in PS (EDLOS).	Scoping review	– Fattori chiave: triage inefficace, ritardi diagnostici, carenza posti letto. – Necessità di analisi multifattoriali per interventi mirati.	Mancanza di confronto quantitativo; impossibilità di stimare effetti diretti.

Nel complesso, le evidenze disponibili convergono su un punto centrale: le strategie organizzative sopra descritte, per quanto efficaci nel ridurre i tempi di permanenza dei pazienti a bassa e media complessità, non intervengono direttamente sul boarding, ovvero sulla permanenza dei pazienti già destinati al ricovero in attesa di un posto letto disponibile, che resta la determinante più critica e meno affrontata del sovraffollamento. È proprio su questo nodo specifico che si concentra il presente progetto di tirocinio.

Il Pronto Soccorso rappresenta il punto nevralgico dell'ospedale, il luogo in cui si concentra la domanda di salute più acuta, imprevedibile e complessa. Negli ultimi anni, tuttavia, stiamo assistendo a un progressivo aumento dei tempi di permanenza dei pazienti che hanno terminato il processo decisionale ma che sono in attesa di ricovero, il cosiddetto boarding che di conseguenza comporta criticità cliniche, organizzative e relazionali. Il sovraffollamento del Pronto Soccorso è diventato un problema sempre più pressante per il servizio sanitario e sempre più spesso ci si trova ad operare in queste condizioni a causa dell'aumento della domanda sanitaria, anche per condizioni patologiche non urgenti,

determinando di conseguenza un aumento del numero di pazienti che stazionano all'interno dei locali del Pronto Soccorso.

Il boarding non è solo un problema logistico, esso rappresenta anche un problema di sicurezza, qualità delle cure e di sostenibilità del sistema. Pazienti già valutati e destinati al ricovero restano per molte ore, talvolta giorni, in ambienti nati per la gestione dell'urgenza, la vera mission del pronto soccorso, e non per la degenza, determinando nel Pronto Soccorso le seguenti condizioni:

- sovraffollamento strutturale;
- incremento del rischio clinico;
- riduzione della privacy e del comfort per il paziente e l'eventuale caregiver;
- sovraccarico del personale sanitario, riduzione di motivazione e gratificazione, fino al burnout;
- allungamento dei tempi di attesa per nuovi accessi e di conseguenza l'abbandono del Pronto Soccorso dei pazienti prima della visita medica.

Il pronto soccorso sta assorbendo un problema ospedaliero sistemico e per tale motivo è necessario agire sulle condizioni che amplificano questo fenomeno agendo ai diversi livelli della problematica; sui fattori strutturali ed organizzativi e anche sui fattori che influenzano l'ingresso e l'uscita dei pazienti dalle nostre strutture ospedaliere.

In passato si è provveduto ad istituire un reparto di decongestionamento dei posti per acuti destinato ai pazienti in attesa di dimissione al domicilio o alle strutture periferiche, quella che ad oggi viene definita Discharge Room nel tentativo di liberare posto letto per i pazienti acuti senza raggiungere i risultati attesi. Altre situazioni utilizzate allo scopo sono stati gli appoggi fuori reparto ubicando pazienti a patologia medica nei reparti chirurgici. Attualmente si ricorre agli appoggi fuori reparto tra paz ad indirizzo chirurgico ed occasionalmente l'OBI diventa l'ubicazione per paz in attesa di ricovero o per appoggi a diverso indirizzo clinico facendo perdere la sua funzione per cui è indicato dalle linee guida ministeriali.

Ciò premesso al fine di migliorare l'efficienza organizzativa e della qualità assistenziale si propone di istituire un'area di degenza temporanea denominata "Admission Room" dedicata alla gestione del fenomeno del boarding del Pronto Soccorso la quale può essere presa in considerazione come le stesse linee di indirizzo nazionale per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso consigliano. L'istituzione di

una Admission Room rappresenta una risposta concreta e organizzativamente evoluta a questa criticità.

Nello specifico, secondo quanto riportato letteralmente nelle *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento del Ministero della Salute* in Pronto Soccorso si consiglia “l’istituzione della stanza/area di ricovero (Admission Room), aree dell’ospedale ed esterne al Pronto Soccorso, dedicate ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento”. In letteratura non vi sono altre indicazioni specifiche essendo una proposta del tutto innovativa e pertanto in Italia è attualmente in fase di sperimentazione in un numero ancora limitato di ospedali, con iniziative emerse soprattutto a livello locale e regionale, ad esempio in Abruzzo (ANSA Abruzzo, 2026) e in Emilia-Romagna (AOU Modena, s.d.), e ciascuna realtà ha contestualizzato tale progetto nella propria organizzazione (in altre sedi è stata accorpata con la Discharge Room ma visto la precedente esperienza già attuata in passato nell’ospedale di Fermo, si è ritenuto non perseguire tale strada e valutare un progetto differente rispettando le linee guida ministeriali).

L’Admission Room non è dunque un semplice spazio fisico, ma un modello gestionale dedicato ai pazienti con indicazione al ricovero già definita, in attesa di assegnazione del posto letto nel reparto di destinazione. Si tratta di un’area con posti letto dedicati, esterna al pronto soccorso con gestione prevalentemente infermieristica, con supervisione medica integrata.

Dal punto di vista organizzativo, l’Admission Room consente una separazione funzionale tra area di emergenza-urgenza e area di attesa ricovero, migliorando l’efficienza complessiva del sistema ospedale. Inoltre, favorisce una gestione trasversale del posto letto, stimolando una maggiore responsabilizzazione condivisa tra Pronto Soccorso e reparti di degenza, con la collaborazione della Bed Manager, figura estremamente preziosa per favorire il coordinamento dei flussi di ricovero.

Nel nostro caso specifico, il numero medio giornaliero di pazienti che stazionano in Pronto Soccorso, tra quelli in attesa di terminare il percorso decisionale e quelli del Boarding è pari a circa 30 unità. Per cui non può più essere considerata una condizione emergenziale ma strutturale.

La permanenza prolungata anche per diversi giorni dei pazienti del Boarding determina:

- congestione delle aree assistenziali;

- stazionamento improprio su una barella;
- sovraccarico di lavoro del personale sanitario;
- aumento del rischio clinico e medico legale;
- rallentamento dei flussi di accesso e gestione delle urgenze.

Criticità attuali:

- Sovrapposizione tra area di osservazione paziente in iter decisionale con il paziente in Boarding;
- sovrapposizione pazienti barellati in attesa di visita con pazienti già visitati;
- permanenza prolungata di pazienti con indicazione al ricovero;
- utilizzo del PS come reparto di degenza improprio;
- frammentazione logistica tra PS e OBI;
- elevato rischio di eventi avversi correlati al sovraffollamento

1.1 Normativa nazionale di riferimento

Il quadro normativo italiano che disciplina l'organizzazione e la gestione dei Pronto Soccorso si è sviluppato progressivamente attraverso una serie di accordi, intese e raccomandazioni che hanno definito standard di qualità e strumenti operativi. Un punto di svolta significativo è rappresentato dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019 (Rep. atti n. 143/CSR), che ha introdotto tre documenti fondamentali: le Linee guida sul triage intraospedaliero, le Linee guida sull'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e le Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo dei piani di gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso. Quest'ultimo documento, in particolare, ha fornito una definizione condivisa di sovraffollamento, sancito l'obbligo per le aziende sanitarie di dotarsi di un piano di gestione – requisito indispensabile per l'accreditamento – e individuato strumenti di monitoraggio e funzioni gestionali come il bed management. Già in precedenza, diverse normative avevano tracciato le basi del sistema di emergenza-urgenza. Tra queste, il D.P.R. 27 marzo 1992 rappresenta il primo atto di indirizzo volto a definire i livelli essenziali di assistenza in emergenza; l'Intesa Stato-Regioni del 1996 ha successivamente stabilito le linee guida per l'organizzazione dei sistemi di emergenza sanitaria; l'Accordo del 25 ottobre 2001 ha poi regolamentato il triage intraospedaliero. A completare il quadro, il documento ministeriale n. 15 del 2013 ha fornito raccomandazioni specifiche per garantire uniformità e appropriatezza nell'attribuzione

dei codici di triage. Infine, gli Standard FIMEUC (2012) hanno offerto un approccio strutturato al problema del crowding, soffermandosi anche sul fenomeno dell'access block e sui rischi associati ad attese prolungate.

1.2 Normativa regionale

Sul piano regionale, la Regione Marche ha recepito e declinato le direttive nazionali attraverso una serie di provvedimenti mirati. Con la Delibera di Giunta n. 1457 del 2019, è stato formalmente adottato l'Accordo Stato-Regioni del 2019, accompagnato da un Allegato A che contiene le linee operative per la sua attuazione. Contestualmente, è stato istituito un gruppo di lavoro regionale incaricato di elaborare procedure condivise per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza nei Pronto Soccorso.

A ciò si è aggiunta la Delibera n. 1547/2019, con la quale l'ASUR Marche ha predisposto un Manuale di triage e ha definito ulteriori linee di indirizzo specifiche per il territorio regionale. Un ulteriore passo avanti è stato compiuto con la pubblicazione, nel Bollettino Ufficiale della Regione Marche n. 105 del 1° dicembre 2023, di nuove linee guida organizzative. Esse hanno introdotto obiettivi temporali stringenti, come la garanzia di una prima fase di accoglienza entro cinque minuti dall'arrivo del paziente, e misure di umanizzazione, tra cui il coinvolgimento di volontari e l'uso di strumenti informativi per ridurre il disagio dell'attesa. Lo stesso documento ribadisce i tempi massimi di permanenza in Pronto Soccorso già stabiliti a livello nazionale, fissando in otto ore il limite per l'intero percorso assistenziale dal triage alla conclusione della prestazione.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 555 del 18 maggio 2026, la Regione Marche ha adottato specifiche disposizioni in materia di gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso regionali, con particolare riferimento all'istituzione di aree di degenza temporanea dedicate ai pazienti in attesa di ricovero. Il provvedimento, in coerenza con le Linee di indirizzo nazionali del 2019, riconosce formalmente il fenomeno del boarding come criticità strutturale del sistema ospedaliero e individua nell'Admission Room uno strumento prioritario di intervento organizzativo. La delibera definisce i requisiti minimi strutturali e di personale per l'attivazione di tali aree, stabilisce indicatori di monitoraggio obbligatori per le aziende sanitarie territoriali e prevede una rendicontazione periodica alla Regione sull'andamento del fenomeno e sull'efficacia delle misure adottate. Il

presente progetto si iscrive pienamente nel quadro normativo delineato da questo provvedimento, anticipandone per certi versi gli orientamenti e sviluppando un modello organizzativo coerente con le indicazioni regionali in esso contenute.

1.3 Normativa internazionale

Il fenomeno del sovraffollamento è affrontato anche a livello internazionale, seppur con approcci differenziati da Paese a Paese. Nel Regno Unito, il Royal College of Emergency Medicine (RCEM) ha elaborato linee guida specifiche sul crowding, mentre il National Health Service (NHS) ha stanziato un piano di investimento da 450 milioni di sterline finalizzato a ridurre il ricorso al cosiddetto corridor care, ovvero la gestione dei pazienti nei corridoi.

In Francia, il problema è disciplinato dal Codice della Sanità (art. R6123) e affrontato attraverso iniziative di riforma come il “Pacte de Refondation”, integrate dalle raccomandazioni della Cour des comptes. In Svezia, l’attenzione è rivolta soprattutto alla ricerca e alla valutazione dei rischi legati all’access block, con il contributo di studi accademici e rapporti dell’Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Il caso degli Stati Uniti è diverso: non esiste una normativa federale specificamente dedicata al sovraffollamento dei Pronto Soccorso, ma diverse disposizioni esercitano un impatto indiretto. Tra queste, l’Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA, 1986), che garantisce l’accesso universale alle cure di emergenza, e i Certificate of Need (CON), strumenti statali di regolazione volti a controllare l’espansione delle strutture ospedaliere. Oltre alle leggi, un ruolo centrale è svolto da organismi professionali come l’ACEP (American College of Emergency Physicians) e la Joint Commission, che hanno prodotto linee guida e standard operativi su boarding e crowding. Alcuni Stati hanno introdotto leggi specifiche, come il Public Act CT244 del 2024 in Connecticut, che prevede sistemi obbligatori di monitoraggio del sovraffollamento. Più di recente, a livello federale è stata proposta la legge H.R. 2936 del 2025, con l’obiettivo di sviluppare una cornice normativa nazionale che affronti il problema in modo strutturato e integrato.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo generale del presente progetto è quello di migliorare in modo significativo la gestione dei pazienti in attesa di ricovero, attraverso la riduzione del fenomeno del boarding e del conseguente sovraffollamento del Pronto Soccorso, con un impatto positivo sulla sicurezza, sulla qualità e sull'appropriatezza delle cure erogate.

In particolare, il progetto si propone di intervenire su una delle principali criticità organizzative del sistema ospedaliero contemporaneo, rappresentata dalla permanenza prolungata in Pronto Soccorso di pazienti per i quali è già stata definita un'indicazione al ricovero, ma che non possono essere trasferiti nei reparti di degenza per indisponibilità di posti letto. Tale condizione determina un utilizzo improprio degli spazi dell'emergenza-urgenza, compromettendo l'efficienza dei percorsi assistenziali e aumentando il rischio clinico.

L'istituzione di un'area dedicata, denominata *Admission Room*, si configura come una soluzione organizzativa finalizzata a creare una netta separazione funzionale tra i pazienti in fase diagnostico-decisionale e quelli già destinati al ricovero. Questo modello consente di decongestionare le aree critiche del Pronto Soccorso, migliorare la gestione dei flussi e garantire una presa in carico più appropriata dei pazienti, anche nella fase di transizione verso il reparto di destinazione.

Attraverso la riorganizzazione degli spazi e delle risorse esistenti, l'*Admission Room* permette di ottimizzare l'utilizzo dei posti letto, ridurre i tempi di attesa e di permanenza, e favorire una maggiore continuità assistenziale. Inoltre, contribuisce a migliorare le condizioni di lavoro del personale sanitario, riducendo il sovraccarico operativo e il rischio di burnout, e a incrementare il livello di soddisfazione dei pazienti, garantendo maggiore comfort, privacy e sicurezza.

In tale prospettiva, il progetto non rappresenta soltanto un intervento organizzativo, ma si configura come uno strumento di governo clinico e gestionale, orientato a rendere il fenomeno del boarding misurabile, monitorabile e, soprattutto, gestibile in maniera strutturata ed efficace, in coerenza con le indicazioni delle linee guida nazionali.

Al fine di raggiungere l'obiettivo generale, il progetto si propone i seguenti obiettivi specifici:

1. Migliorare la gestione dei pazienti in attesa di ricovero attraverso una riorganizzazione dei percorsi assistenziali, finalizzata alla riduzione del

sovraffollamento del Pronto Soccorso e al contestuale incremento della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure.

2. Ridurre il fenomeno del *boarding* mediante una chiara separazione tra i pazienti in fase diagnostico-decisionale e quelli con indicazione al ricovero già definita, garantendo percorsi assistenziali distinti e più efficienti.
3. Decongestionare le aree critiche del Pronto Soccorso, liberando postazioni assistenziali, ambulatori e barelle — in particolare quelle collocate lungo i corridoi — al fine di ripristinare condizioni operative adeguate.
4. Migliorare la sicurezza clinica e la qualità dell'assistenza, assicurando una maggiore continuità assistenziale nella delicata fase di transizione tra il Pronto Soccorso e il reparto di degenza.
5. Rendere il fenomeno del *boarding* misurabile e governabile attraverso l'introduzione di specifici indicatori di processo ed esito, utili al monitoraggio e alla valutazione delle performance organizzative.
6. Ridurre il rischio clinico e medico-legale per l'azienda sanitaria, attraverso una gestione più appropriata dei pazienti e una diminuzione delle condizioni di sovraffollamento.
7. Ridurre i tempi di attesa per la presa in carico e i tempi complessivi di permanenza in Pronto Soccorso, migliorando l'efficienza dei flussi assistenziali.
8. Migliorare il benessere complessivo di pazienti e operatori sanitari, favorendo condizioni assistenziali più adeguate, una maggiore qualità percepita e una riduzione del carico lavorativo.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Disegno di studio

Il presente progetto si configura come uno studio di tipo osservazionale-interventistico a carattere organizzativo, finalizzato alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali all'interno del Pronto Soccorso mediante l'implementazione di un'area dedicata, denominata *Admission Room*, per la gestione dei pazienti in attesa di ricovero.

L'intervento proposto si basa sull'analisi delle criticità esistenti, in particolare sul fenomeno del *boarding*, e sulla successiva introduzione di un modello organizzativo

innovativo volto a migliorare l'efficienza dei flussi ospedalieri e la qualità dell'assistenza erogata.

In tale contesto, il progetto persegue specifici obiettivi operativi. In primo luogo, si propone di migliorare la gestione dei pazienti in attesa di ricovero attraverso una riorganizzazione strutturata dei percorsi assistenziali, con l'obiettivo di ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso e incrementare i livelli di sicurezza e appropriatezza delle cure.

Parallelamente, il progetto mira a ridurre il fenomeno del *boarding* mediante una chiara separazione tra i pazienti in fase diagnostico-decisionale e quelli con indicazione al ricovero già definita, garantendo percorsi distinti e più efficienti. Tale separazione consente inoltre di decongestionare le aree critiche del Pronto Soccorso, liberando postazioni assistenziali, ambulatori e barelle, in particolare quelle collocate lungo i corridoi, e ripristinando condizioni operative più adeguate.

Un ulteriore obiettivo riguarda il miglioramento della sicurezza clinica e della qualità dell'assistenza, assicurando una maggiore continuità assistenziale nella fase di transizione tra il Pronto Soccorso e il reparto di degenza. In questo senso, l'Admission Room si configura come uno spazio intermedio strutturato, in grado di garantire sorveglianza clinica e appropriatezza gestionale.

Il progetto prevede inoltre l'introduzione di specifici indicatori di processo ed esito, finalizzati a rendere il fenomeno del *boarding* misurabile e governabile, permettendo una valutazione oggettiva delle performance organizzative e degli esiti assistenziali.

Contestualmente, si intende ridurre il rischio clinico e medico-legale per l'azienda sanitaria, attraverso una gestione più appropriata dei pazienti e una diminuzione delle condizioni di sovraffollamento, nonché ridurre i tempi di attesa per la presa in carico e i tempi complessivi di permanenza in Pronto Soccorso.

Infine, il progetto si propone di migliorare il benessere complessivo di pazienti e operatori sanitari, favorendo condizioni assistenziali più adeguate, una maggiore qualità percepita e una riduzione del carico lavorativo.

3.2 Pianificazione

Il progetto prevede un intervento di tipo organizzativo e gestionale, senza incremento strutturale dei costi, attraverso:

- riorganizzazione degli spazi esistenti;
- ridefinizione dei percorsi assistenziali;
- riallocazione delle risorse professionali;
- introduzione di indicatori di monitoraggio.

L'orizzonte temporale del progetto è medio-lungo, in quanto la gestione del boarding è un fenomeno strutturale e persistente.

3.3. Progettazione

Analisi della struttura logistica attuale:

- Area Triage (deambulanti e barellati).
- Sala d'attesa deambulanti.
- Camera calda per accesso Ambulanze/mezzi privati.
- Corridoio di accesso al Triage.
- Area barellati in attesa di visita.
- N° 2 stanze d'urgenza con 2 postazioni monitorizzate cadauno.
- N° 5 ambulatori per gestione codici minori ma attualmente adibiti a stazionamento dei pazienti in boarding non monitorizzati (con capienza massima di 8 pazienti)
- Stanza A con 6 postazioni monitorizzate.
- Stanza B con 2 postazioni monitorizzate.
- Stanza D con 5 postazioni non monitorizzate.
- Stanza C con 2 postazioni non monitorizzate di pazienti stabili
- Degenza OBI (sito al terzo piano) con 12 postazioni monitorizzate.

Analisi delle risorse umane disponibili:

Personale sanitario presente nei turni diurni

Figura professionale	Numero	Distribuzione / Assegnazione
Medici	4	• 2 sale urgenze (codici rossi – gialli) • 1 OBI • 1 gestione pazienti sospesi e boarding
Infermieri	10	• 2 Triage • 2 sale urgenze • 3 OBI (uno dedicato a trasferimenti extra DEA)

Figura professionale	Numero	Distribuzione / Assegnazione
		• 1 stanze A e B • 1 stanza D (trasporti secondari urgenti) • 1 ambulatori codici minori (ex area COVID)
OSS	4	• 3 Pronto Soccorso • 1 OBI

Personale sanitario presente nei turni notturni:

Figura professionale	Numero	Distribuzione / Assegnazione
Medici	3	• 2 sale urgenze • 1 gestione pazienti sospesi e boarding e supervisione OBI
Infermieri	8	• 2 Triage • 2 sale urgenze • 2 OBI • 1 stanze A e B • 1 stanza D e ambulatori codici minori
OSS	2	• 2 Pronto Soccorso

Ricollocazione Obi:

Ricollocazione dell'OBI nelle stanze A (6 pl. monitorizzabili) e B (2 pl. monitorizzabili) del PS, con i seguenti benefici: maggiore integrazione operativa, migliore utilizzo del personale medico, eliminazione dei trasferimenti verticali, ritorno alla vera funzione dell'OBI (osservazione breve, gestione diagnostico-terapeutica attiva, rivalutazione e definizione del percorso).

4. RISULTATI

4.1 Proposta organizzativa e percorso del paziente

Il progetto prevede la conversione dell'attuale OBI al terzo piano (12 postazioni) in Admission Room, resa disponibile dalla ricollocazione dell'OBI nelle stanze A e B del PS.

Caratteristiche strutturali della Admission Room

- 12 posti letto con materassino antidecubito;
- monitoraggio centralizzata e videosorveglianza;
- area esterna al Pronto Soccorso con accesso dedicato.

Tab. 2

Tabella 2: Criteri di ammissione ed esclusione

Pazienti ammessi	Pazienti non ammessi
Pazienti già valutati in PS	Pazienti instabili dal punto di vista clinico
Pazienti con decisione di ricovero già definita o ipotesi potenziale	Pazienti critici (ictus acuto, STEMI, sepsi, condizioni tempo-dipendenti)
Pazienti in attesa di assegnazione posto letto nel reparto di destinazione	Pazienti che necessitano di monitoraggio intensivo e supervisione continua

Tabella 3: Dotazione di personale e turni

Figura professionale	Numero totale	Copertura
Medici	1	H12 continuativa, gestione integrata PS nelle ore notturne
Infermieri	12	H24, 2 infermieri per turno
OSS	3	H12, 1 OSS per turno diurno

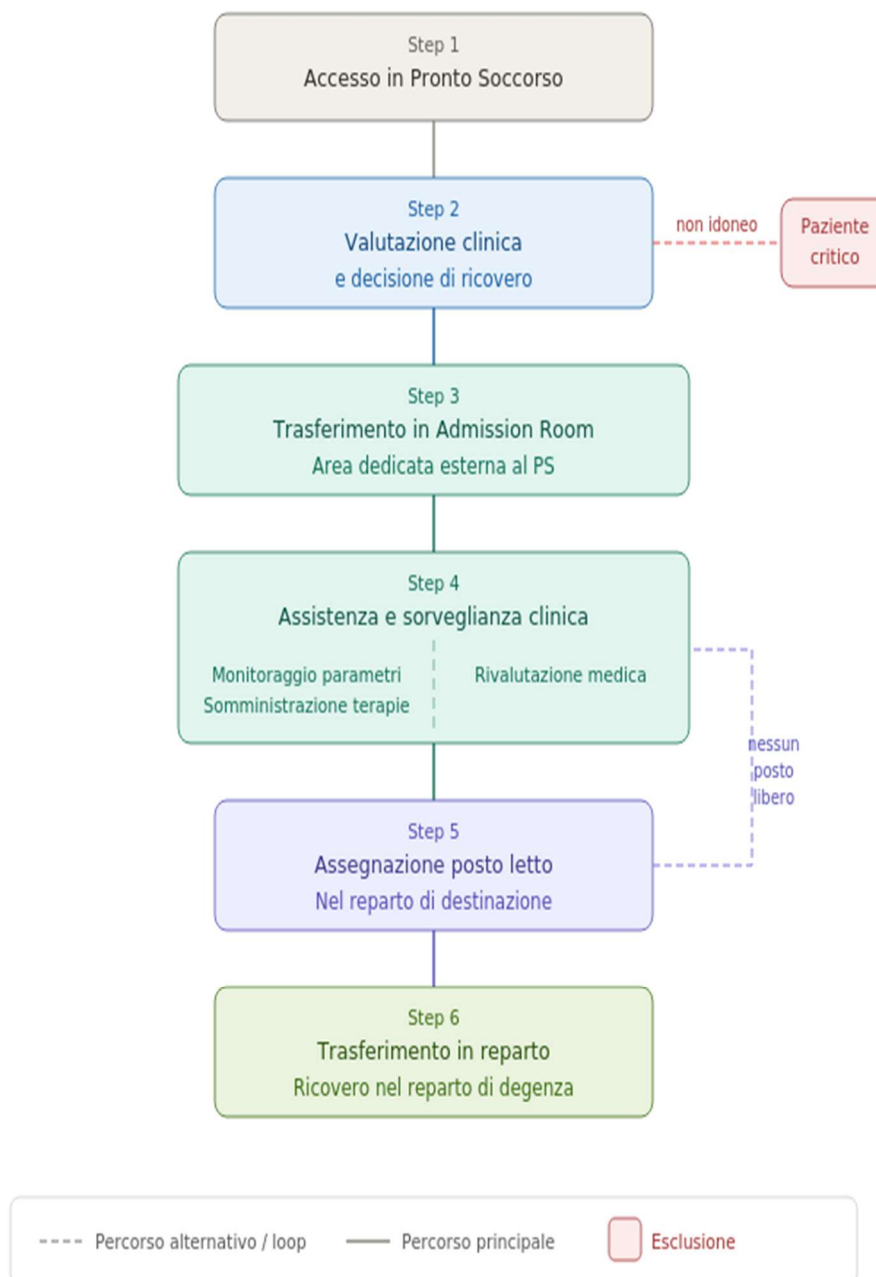
Turno	Medici	Infermieri	OSS
Diurno	1 medico H12: supervisione clinica, gestione eventi, interfaccia Bed Manager	2 infermieri	1 OSS
Notturmo	1 medico con gestione integrata PS. In caso di trasferimento secondario urgente: referente = medico ambulatorio 1	2 infermieri	---

Attività assistenziali

Attività infermieristiche: monitoraggio parametri vitali, somministrazione terapie, gestione accessi venosi, sorveglianza clinica, supporto al comfort, preparazione al trasferimento in reparto.

Attività mediche: rivalutazione clinica programmata, gestione eventi clinici minori, prescrizione e mantenimento terapie, coordinamento con Bed Management, rivalutazione dell'appropriatezza del ricovero.

Percorso del paziente



4.2 Indicatori di monitoraggio

Tabella 4: Indicatori di processo

Indicatore	Descrizione e rilevazione
Tempo medio decisione-trasferimento	Tempo tra decisione di ricovero e trasferimento in reparto/Admission Room. Rilevabile tramite registro di ingresso.

Tabella 5: Indicatori di esito

Indicatore	Descrizione
Riduzione sovraffollamento PS	Diminuzione del numero di pazienti nelle aree critiche del PS
Numero di eventi avversi	Eventi clinici/assistenziali correlati al sovraffollamento
Percentuale ricoveri appropriati	Coerenza tra indicazione clinica e ricovero effettuato

4.3 Modalità di monitoraggio e valutazione del progetto

L'implementazione dell'Admission Room richiede un sistema di monitoraggio strutturato che consenta di valutare nel tempo l'efficacia del modello organizzativo proposto, sia in termini di processo sia di esiti assistenziali. La definizione preventiva di indicatori misurabili rappresenta infatti un elemento fondamentale della governance clinica, permettendo di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e di individuare eventuali criticità organizzative da correggere durante le fasi di consolidamento del progetto.

Nel corso della fase sperimentale è stata predisposta una metodologia di raccolta dei principali indicatori di monitoraggio, finalizzata alla valutazione dell'impatto dell'Admission Room sui flussi assistenziali del Pronto Soccorso. Tuttavia, poiché non è

stato possibile acquisire le necessarie autorizzazioni aziendali per l'utilizzo dei dati raccolti a fini scientifici, tali informazioni non sono state incluse nel presente elaborato.

La valutazione del progetto viene pertanto proposta attraverso l'identificazione degli indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi dell'efficacia organizzativa del modello e mediante il confronto con i principali benchmark nazionali e con le evidenze disponibili nella letteratura scientifica, come illustrato nel capitolo successivo.

Gli indicatori individuati consentiranno, in un'eventuale fase di implementazione definitiva del progetto, di monitorare in modo sistematico il funzionamento dell'Admission Room e il suo impatto sull'organizzazione ospedaliera.

Tra gli indicatori di processo assumono particolare rilevanza:

- il tempo intercorrente tra la decisione di ricovero e il trasferimento del paziente in reparto o in Admission Room;
- il tempo medio di permanenza nell'Admission Room;
- il rispetto dei criteri di ammissione e dei percorsi assistenziali definiti;
- il corretto utilizzo dei posti letto disponibili.

Gli indicatori di esito dovranno invece consentire la valutazione dell'efficacia del modello rispetto agli obiettivi prefissati e potranno comprendere:

- la riduzione del sovraffollamento del Pronto Soccorso;
- il numero di eventi avversi correlati al boarding;
- l'appropriatezza dei ricoveri;
- la soddisfazione dei pazienti e dei professionisti sanitari;
- l'efficienza complessiva dei flussi di ricovero.

Il monitoraggio periodico di tali indicatori consentirà di verificare l'effettivo contributo dell'Admission Room al miglioramento dell'organizzazione assistenziale, fornendo dati utili per eventuali revisioni del modello e per la sua possibile estensione ad altri contesti ospedalieri. Inoltre, il confronto sistematico con gli indicatori nazionali sul fenomeno del boarding permetterà di collocare i risultati ottenuti all'interno del più ampio contesto del sistema dell'emergenza-urgenza italiano, favorendo una valutazione oggettiva delle performance organizzative e della qualità dell'assistenza.

5. DISCUSSIONE

Il presente progetto propone l'istituzione di un'Admission Room come risposta strutturale e organizzativamente evoluta al fenomeno del boarding nei Pronto Soccorso. L'analisi della letteratura scientifica disponibile e dell'esperienza internazionale conferma che il sovraffollamento del Pronto Soccorso non è un fenomeno episodico né risolvibile con interventi parziali o temporanei: richiede una risposta sistemica, misurabile e sostenibile nel tempo.

Il progetto nasce in un contesto caratterizzato da un rilevante fenomeno di boarding, coerente con quanto descritto dalla letteratura nazionale e dalle esperienze riportate nei principali Dipartimenti di Emergenza italiani. In tale scenario, continuare a gestire il boarding con soluzioni improvvisate, come l'utilizzo dell'OBI come area di stazionamento o il posizionamento di pazienti nei corridoi, non è più accettabile né dal punto di vista clinico né da quello etico e medico-legale.

5.1 Impatto sulla sicurezza del paziente

La letteratura scientifica è unanime nel documentare la correlazione diretta tra sovraffollamento del Pronto Soccorso e aumento degli eventi avversi. Pazienti in boarding stazionano in ambienti non progettati per la degenza: la barella non è un letto, il corridoio non è un reparto. L'assenza di monitoraggio adeguata, la difficoltà di somministrazione delle terapie nei tempi corretti, la scarsa visibilità del paziente da parte del personale infermieristico, la mancata rivalutazione medica periodica sono tutti fattori che aumentano esponenzialmente il rischio di deterioramento clinico non rilevato.

L'Admission Room, dotata di 12 posti letto con monitoraggio centralizzata e videosorveglianza, consente invece una sorveglianza clinica strutturata e continuativa. La presenza di personale infermieristico dedicato — con un rapporto di 2 infermieri ogni 12 pazienti — garantisce una frequenza di controllo adeguata e un'assistenza programmata che nel contesto del Pronto Soccorso affollato non è concretamente perseguibile. La rivalutazione medica periodica, la gestione delle terapie di mantenimento e la preparazione al trasferimento in reparto diventano attività sistematiche e non affidate all'improvvisazione contingente.

Un ulteriore aspetto di sicurezza riguarda la riduzione del rischio di cadute e lesioni da pressione. Il paziente che staziona su una barella per ore o giorni è esposto a un rischio elevato di entrambe le complicanze. I posti letto dell'Admission Room, muniti di materassino antidecubito e inseriti in un ambiente organizzato, rappresentano un setting clinico significativamente più sicuro.

5.2 Impatto sulla qualità dell'assistenza e sulla dignità del paziente

Il boarding in Pronto Soccorso è una condizione che lede la dignità della persona. Un paziente che attende il ricovero su una barella in corridoio, esposto agli occhi di tutti, senza privacy, senza un ambiente tranquillo in cui riposare, senza un riferimento assistenziale stabile, sperimenta una qualità delle cure oggettivamente inadeguata rispetto agli standard etici e professionali che il sistema sanitario dovrebbe garantire.

L'Admission Room introduce un cambiamento qualitativo radicale: il paziente viene trasferito in un ambiente dedicato, con un posto letto, in un contesto fisico e organizzativo pensato per la sua permanenza temporanea in attesa del ricovero. Questo non significa solo maggiore comfort: significa che il paziente riceve una presa in carico formale, con un piano assistenziale definito, con personale di riferimento identificato e con una prospettiva chiara sul proprio percorso di cura.

La percezione di essere 'preso in carico' anziché 'parcheggiato in attesa' ha implicazioni significative non solo sul piano del comfort soggettivo, ma anche su quello degli esiti clinici. La letteratura mostra che i pazienti che percepiscono chiarezza e continuità nella presa in carico hanno una migliore compliance terapeutica, un'ansia inferiore e una riduzione degli episodi di agitazione psicomotoria, che nel contesto del Pronto Soccorso sovraffollato rappresentano un ulteriore fattore di rischio.

5.3 Impatto sul personale sanitario e sul benessere organizzativo

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso non è solo un problema per i pazienti: è un problema profondo e documentato per il personale sanitario. Infermieri e medici che operano in condizioni di costante sovraffollamento sono esposti a livelli elevati di stress cronico, con rischio di burnout, di errori correlati all'affaticamento, di riduzione della

qualità delle decisioni cliniche e di progressivo deterioramento della motivazione professionale.

La separazione funzionale introdotta dall'Admission Room consente al personale del Pronto Soccorso di tornare a svolgere il proprio ruolo istituzionale: la gestione dell'emergenza e dell'urgenza. Non dover contemporaneamente gestire pazienti acuti in arrivo e pazienti in boarding che necessitano di assistenza di tipo degenziale significa poter concentrare le risorse cognitive e operative sul proprio ambito di competenza primaria, con un impatto positivo sia sulla qualità delle cure che sull'esperienza lavorativa.

Il personale infermieristico assegnato all'Admission Room, a sua volta, opera in un contesto più prevedibile e strutturato rispetto al Pronto Soccorso: i pazienti sono clinicamente stabili, le attività sono programmate, il rapporto numerico è definito. Questo non elimina la complessità del lavoro, ma la rende governabile, contribuendo a ridurre il carico cognitivo e il rischio di burnout.

La figura del medico dell'Admission Room — presente H12 con funzione di supervisione clinica, gestione degli eventi intercorrenti e interfaccia con il Bed Manager — rappresenta inoltre un presidio di sicurezza che alleggerisce il carico del medico del Pronto Soccorso, consentendo a quest'ultimo di dedicarsi interamente alla gestione dei nuovi accessi.

5.4 Impatto sull'efficienza dei flussi ospedalieri e sul bed management

Uno degli aspetti più rilevanti del modello è il suo impatto sistemico sull'efficienza della gestione dei posti letto a livello ospedaliero. Il boarding non è mai solo un problema del Pronto Soccorso: è il sintomo di una disfunzione dell'intero sistema ospedaliero, in cui la rigidità nella gestione dei posti letto, la lentezza nelle dimissioni, la scarsa comunicazione tra reparti e la mancanza di un presidio di coordinamento producono un ingorgo che si riversa inevitabilmente sull'emergenza-urgenza.

L'Admission Room, collocando i pazienti in boarding in un'area visibile, formalmente registrata e con indicatori di monitoraggio definiti, aumenta la pressione sistemica verso una risoluzione rapida. Quando il boarding avviene 'nell'ombra' dei corridoi del Pronto Soccorso, tende a essere invisibile alla Direzione e ai reparti; quando invece si traduce in una lista di pazienti formalmente ricoverati in Admission Room con un tempo di ingresso

registrato e una soglia di 48 ore entro cui deve avvenire il ricovero in reparto, diventa un dato misurabile, monitorabile e politicamente non ignorabile.

La collaborazione con il Bed Manager — figura prevista dal modello come interlocutore privilegiato del medico dell'Admission Room — è in questo senso cruciale. Il Bed Manager, con visione trasversale sull'occupazione dei posti letto in tutti i reparti, può agire proattivamente per anticipare le dimissioni, individuare posti letto disponibili e coordinare i trasferimenti, trasformando la gestione del boarding da reattiva a proattiva.

L'introduzione degli indicatori di monitoraggio — in particolare il tempo medio tra la decisione di ricovero e il trasferimento effettivo in reparto — consente di oggettivare il fenomeno e di identificare i punti critici del processo: i reparti con i tempi di presa in carico più lunghi, le fasce orarie di maggior accumulo, le tipologie di pazienti con permanenza media più elevata. Questi dati diventano strumenti di governo clinico e leve per il miglioramento continuo.

5.5 Confronto con il contesto nazionale e internazionale e limiti del modello

Il modello organizzativo dell'Admission Room proposto nel presente progetto si colloca all'interno di un contesto nazionale caratterizzato da un progressivo incremento del fenomeno del boarding e del sovraffollamento dei Pronto Soccorso. Negli ultimi anni il tema ha assunto un ruolo centrale nel dibattito scientifico e organizzativo, tanto da essere oggetto di specifiche raccomandazioni da parte del Ministero della Salute, delle società scientifiche e degli organismi di governo clinico, che individuano nella riorganizzazione dei percorsi assistenziali uno degli strumenti fondamentali per migliorare la gestione dei pazienti con indicazione al ricovero.

Sebbene l'Admission Room sia ancora una realtà presente in un numero limitato di ospedali italiani, il principio organizzativo sul quale si fonda è pienamente coerente con le più recenti strategie di gestione del sovraffollamento: separare i pazienti che hanno concluso il percorso diagnostico-terapeutico in Pronto Soccorso e sono in attesa del posto letto da quelli ancora in fase di valutazione clinica, consentendo al Dipartimento di Emergenza di recuperare la propria funzione primaria di presa in carico delle urgenze.

Per contestualizzare il problema, risulta utile il confronto con gli indicatori nazionali più recenti sul fenomeno del boarding. L'Osservatorio della Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU) ha evidenziato come il tempo medio di attesa per il ricovero rappresenti una criticità crescente nel sistema sanitario italiano, con valori medi superiori alle venti ore e un andamento, negli anni più recenti, caratterizzato da un incremento fino al 2023 seguito da una parziale flessione nelle ultime rilevazioni, pur restando su livelli costantemente critici. Nei contesti ospedalieri caratterizzati da maggiore pressione assistenziale, in particolare nei grandi centri urbani, sono stati documentati tempi di boarding significativamente superiori, che possono protrarsi per diversi giorni. Analogamente, le rilevazioni di Agenas e delle principali società scientifiche confermano come il sovraffollamento dei Pronto Soccorso rappresenti un fenomeno strutturale, direttamente correlato alla disponibilità dei posti letto, alla tempestività delle dimissioni e all'efficienza complessiva del bed management.

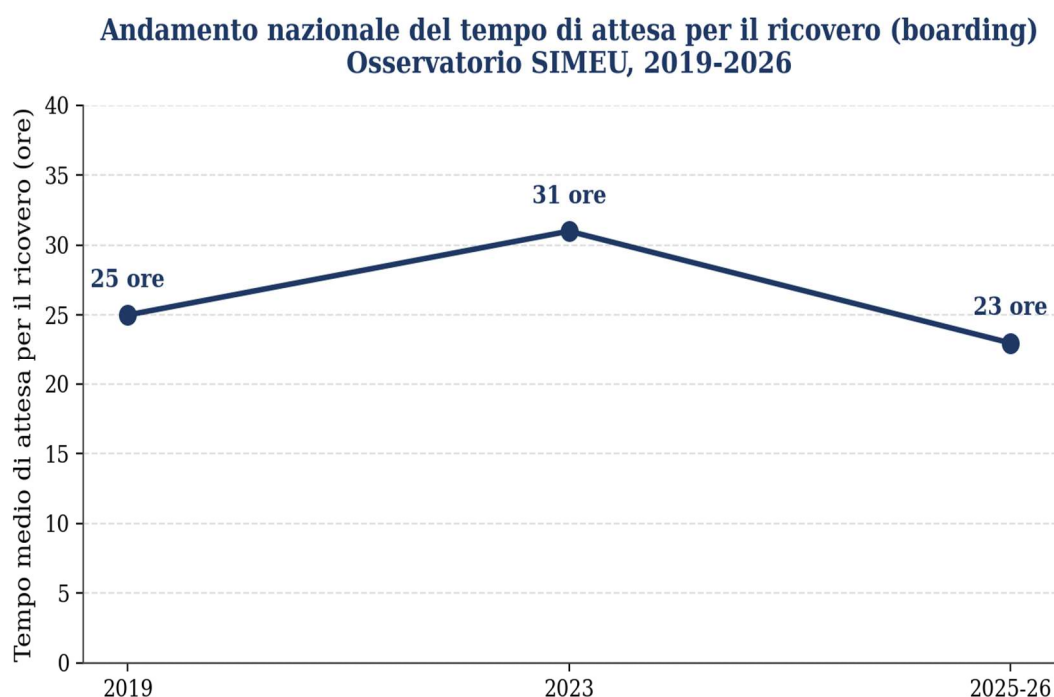


Figura 1: Andamento nazionale del tempo medio di attesa per il ricovero (boarding), Osservatorio SIMEU 2019-2026.

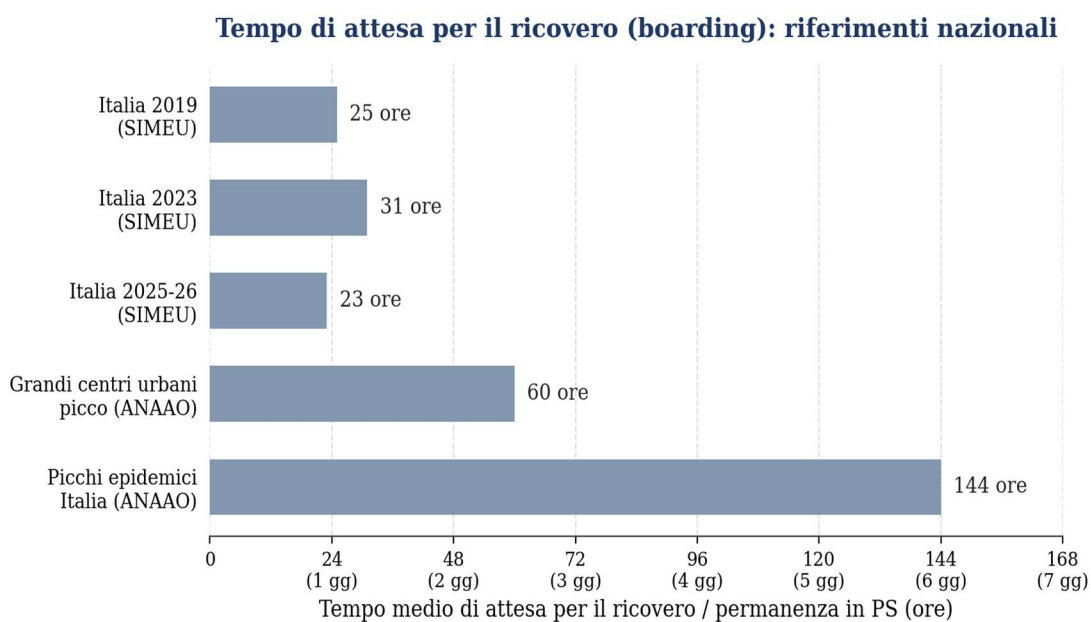


Figura 2: Tempo di attesa per il ricovero (boarding): principali riferimenti nazionali (Italia, SIMEU/ANAAO)

Le Figure 1 e 2 sintetizzano tali evidenze nazionali, evidenziando l'andamento del fenomeno negli ultimi anni e i principali riferimenti disponibili in letteratura. I grafici non hanno la finalità di confrontare risultati locali con quelli nazionali, bensì di descrivere il contesto epidemiologico e organizzativo nel quale si inserisce il presente progetto. Essi dimostrano come il boarding rappresenti oggi una criticità diffusa dell'intero sistema ospedaliero italiano e costituiscono il principale riferimento per comprendere la necessità di modelli organizzativi innovativi dedicati alla gestione dei pazienti in attesa di ricovero.

Alla luce di tali evidenze, l'Admission Room non si propone di eliminare il fenomeno del boarding, le cui cause sono riconducibili a problematiche sistemiche che coinvolgono l'intera organizzazione ospedaliera, ma di ridurne l'impatto clinico e organizzativo attraverso una diversa gestione dei percorsi assistenziali. Il trasferimento dei pazienti già destinati al ricovero in un'area dedicata consente infatti di separare le attività assistenziali tipiche della degenza da quelle proprie dell'emergenza-urgenza, migliorando l'utilizzo delle risorse disponibili, la continuità assistenziale e la sicurezza del paziente.

Il modello proposto trova ulteriore conferma nelle esperienze internazionali. Sebbene con denominazioni differenti, strutture analoghe sono operative da anni in numerosi sistemi sanitari, in particolare nel Regno Unito, in Australia e in altri Paesi anglosassoni. Le Acute Medical Units, le Medical Assessment Units e le Short Stay Units condividono infatti il medesimo principio organizzativo: creare un'area dedicata ai pazienti che hanno

completato la fase diagnostica iniziale ma necessitano di un monitoraggio clinico strutturato in attesa del ricovero definitivo. La letteratura internazionale attribuisce a questi modelli una riduzione dei tempi di permanenza nei Dipartimenti di Emergenza, un miglioramento della qualità dell'assistenza, una diminuzione degli eventi avversi correlati al sovraffollamento e una maggiore soddisfazione sia dei pazienti sia degli operatori sanitari.

Pur ispirandosi a tali esperienze, il progetto sviluppato nel presente lavoro è stato adattato alle caratteristiche organizzative dell'Ospedale di Fermo. La proposta di riconvertire gli spazi attualmente disponibili, senza prevedere rilevanti interventi edilizi o incrementi significativi delle risorse professionali, rappresenta uno degli elementi di maggiore sostenibilità del modello. L'Admission Room diviene così non soltanto una risposta al problema del boarding, ma anche uno strumento di governo clinico capace di migliorare l'efficienza dei flussi ospedalieri attraverso una più stretta integrazione tra Pronto Soccorso, reparti di degenza e Bed Manager.

Dal punto di vista metodologico, il presente lavoro si configura come un project work di progettazione organizzativa. La fase sperimentale prevista durante il tirocinio aveva l'obiettivo di verificare la fattibilità operativa del modello e di individuare gli indicatori maggiormente rappresentativi del processo assistenziale. Tuttavia, non essendo stata acquisita l'autorizzazione aziendale all'utilizzo dei dati raccolti, la valutazione dell'intervento non è stata condotta mediante analisi quantitativa dei risultati locali. Per tale motivo, il progetto è stato discusso attraverso il confronto con gli indicatori riportati nella letteratura scientifica e con i benchmark nazionali disponibili. Questa scelta metodologica consente comunque di valutare la coerenza del modello rispetto alle migliori evidenze scientifiche disponibili.

In tale prospettiva, particolare importanza assume la definizione degli indicatori di monitoraggio proposti nel capitolo precedente. Il tempo intercorrente tra la decisione di ricovero e il trasferimento, la riduzione del sovraffollamento del Pronto Soccorso, il numero di eventi avversi e l'appropriatezza dei ricoveri rappresentano indicatori ampiamente utilizzati nella valutazione delle strategie di contrasto al boarding e costituiscono strumenti fondamentali per un futuro monitoraggio dell'efficacia dell'Admission Room qualora il modello venga implementato in modo definitivo.

Tabella 6: Confronto tra le principali evidenze nazionali e il modello organizzativo dell'Admission Room proposto

Aspetto	Evidenze nazionali e internazionali	Modello proposto
Problema organizzativo	Boarding e sovraffollamento rappresentano criticità strutturali dei Pronto Soccorso	Separazione dei pazienti con decisione di ricovero già assunta da quelli ancora in valutazione
Obiettivo	Ridurre il tempo di permanenza in PS e migliorare il flusso dei ricoveri	Ottimizzare i percorsi assistenziali e decongestionare il Pronto Soccorso
Gestione dei pazienti	Aree dedicate, Bed Management, percorsi differenziati	Admission Room con personale dedicato e integrazione con il Bed Manager
Indicatori di monitoraggio	Boarding time, tempo decisione-ricovero, eventi avversi, qualità assistenziale	Tempo decisione-trasferimento, sovraffollamento, eventi avversi, appropriatezza dei ricoveri
Benefici attesi	Migliore sicurezza, maggiore efficienza, riduzione del carico assistenziale	Miglioramento della continuità assistenziale, della sicurezza del paziente e dell'organizzazione dei flussi

La Tabella 6 evidenzia come il modello di Admission Room proposto risulti coerente con le principali strategie organizzative raccomandate dalla letteratura nazionale e internazionale per la gestione del boarding. Pur adattato alle caratteristiche dell'Ospedale di Fermo, il progetto condivide gli obiettivi e gli indicatori utilizzati nei principali modelli di gestione del sovraffollamento ospedaliero.

Permangono tuttavia alcuni limiti che meritano di essere considerati. In primo luogo, l'efficacia dell'Admission Room dipende dalla capacità dell'intero ospedale di partecipare attivamente alla gestione dei posti letto. Il boarding non può essere interpretato come un problema esclusivamente del Pronto Soccorso, ma richiede il coinvolgimento della Direzione Strategica, del Bed Manager e dei reparti di degenza. In assenza di una governance condivisa, esiste il rischio che l'Admission Room si trasformi in una semplice area di permanenza temporanea, senza incidere realmente sulle cause del sovraffollamento.

Un secondo elemento riguarda la necessità di definire criteri di ammissione rigorosi e condivisi. La sicurezza del modello dipende infatti dalla corretta identificazione dei pazienti candidabili all'Admission Room e dalla capacità del personale sanitario di

riconoscere tempestivamente eventuali variazioni delle condizioni cliniche durante la permanenza nell'area dedicata.

Infine, qualsiasi valutazione definitiva dell'efficacia del modello dovrà necessariamente basarsi su un monitoraggio prospettico degli indicatori di processo e di esito. Solo la raccolta sistematica di dati nel medio-lungo periodo consentirà di misurare l'impatto dell'Admission Room sulla riduzione del boarding, sulla sicurezza del paziente, sull'efficienza organizzativa e sulla qualità dell'assistenza, contribuendo alla produzione di evidenze utili per un'eventuale diffusione del modello in altri contesti ospedalieri italiani.

5.6 Il ruolo infermieristico nella governance dell'Admission Room

Il presente project work, elaborato nell'ambito del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, offre l'occasione per riflettere specificamente sul ruolo dell'infermiere nella gestione dell'Admission Room e, più in generale, nel governo del fenomeno del boarding.

La gestione dell'Admission Room è, per definizione, a prevalente gestione infermieristica con supervisione medica integrata. Questo significa che l'infermiere non svolge un ruolo ancillare o puramente esecutivo, ma assume responsabilità cliniche e organizzative di primo piano: il monitoraggio dei parametri vitali, la gestione delle terapie, la sorveglianza clinica, il riconoscimento precoce del deterioramento, la preparazione al trasferimento e la comunicazione con i reparti di destinazione sono tutte attività che richiedono competenze avanzate e autonomia professionale.

In questo senso, l'Admission Room può essere letta come un contesto in cui le competenze dell'infermiere specialista — capace di valutare, pianificare, coordinare e monitorare in modo autonomo — trovano espressione piena. La Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche forma professionisti in grado di assumere ruoli di leadership clinica e organizzativa: l'infermiere dell'Admission Room, con la sua funzione di riferimento stabile per i pazienti, di coordinamento con il medico supervisore e di interfaccia con i reparti, incarna esattamente questo profilo.

La proposta di un registro di ingresso strutturato, la definizione di protocolli di accesso e di criteri di ammissione ed esclusione, l'implementazione di checklist per la preparazione

al trasferimento e la partecipazione alla rilevazione degli indicatori di monitoraggio sono tutte attività che l'infermiere può e deve guidare, contribuendo attivamente alla qualità del sistema e alla produzione di evidenze per il miglioramento continuo.

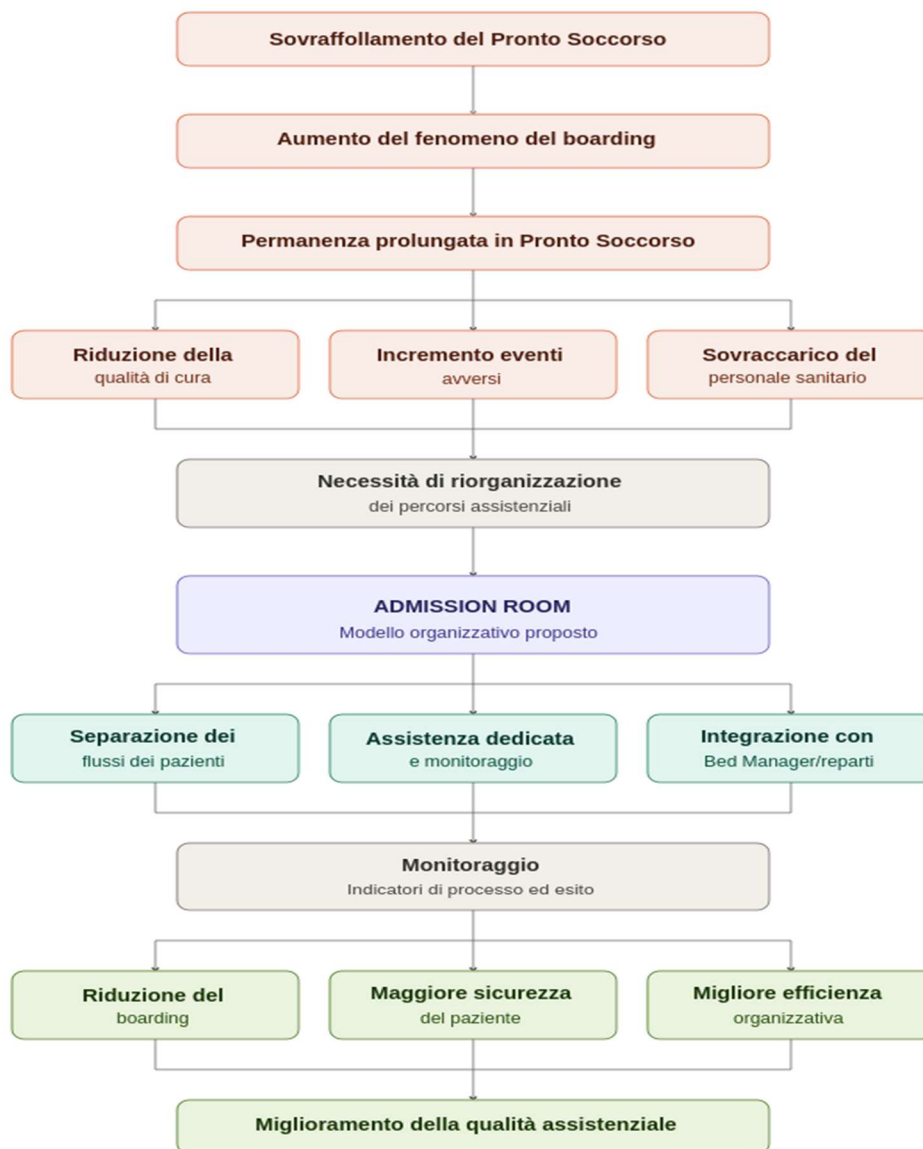


Figura 3: Modello concettuale del progetto di Admission Room. Lo schema illustra il razionale organizzativo del modello: dal problema del boarding alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali, fino agli esiti attesi in termini di sicurezza del paziente, qualità dell'assistenza ed efficienza organizzativa

6. CONCLUSIONI

Il presente project work ha analizzato il fenomeno del boarding nei Pronto Soccorso e proposto l'istituzione di un'Admission Room come soluzione organizzativa strutturale, innovativa e sostenibile per il contesto specifico dell'Ospedale di Fermo. Le riflessioni sviluppate nella sezione di discussione consentono ora di trarre alcune conclusioni di carattere clinico, organizzativo e professionale.

6.1 Il boarding come problema sistemico

La prima e più importante conclusione riguarda la natura del problema che si intende affrontare. Il boarding non è e non può essere considerato un problema del Pronto Soccorso in senso stretto: è il sintomo visibile di una disfunzione che attraversa l'intero sistema ospedaliero, dalla gestione dei posti letto alla pianificazione delle dimissioni, dalla comunicazione tra reparti alla cultura organizzativa condivisa.

Affrontare il boarding con soluzioni che scaricano sul Pronto Soccorso la responsabilità di gestire un problema che origina altrove — come l'utilizzo improprio dell'OBI o il posizionamento di pazienti nei corridoi — non solo non risolve il problema, ma lo aggrava, consumando risorse, aumentando il rischio clinico e deteriorando le condizioni di lavoro del personale di emergenza-urgenza.

L'Admission Room rappresenta un cambio di paradigma: porta il boarding alla luce, lo rende visibile, misurabile e governabile a livello aziendale. Non nasconde il problema nella disfunzione silenziosa del Pronto Soccorso, ma lo trasforma in un dato oggettivo con cui il sistema ospedaliero è chiamato a confrontarsi quotidianamente. In questo senso, l'Admission Room non è solo una soluzione organizzativa: è uno strumento di trasparenza e di governance clinica.

6.2 La sostenibilità del modello

Un aspetto qualificante del progetto è la sua sostenibilità economica e organizzativa. L'Admission Room non richiede nuove assunzioni di personale, non comporta nuove spese strutturali significative e non necessita di fondi aggiuntivi: si basa sulla riorganizzazione intelligente di risorse già disponibili. La ricollocazione dell'OBI nelle stanze A e B del Pronto Soccorso libera l'attuale sede al terzo piano, che viene convertita

in Admission Room con i 12 posti letto necessari. Il personale viene ridistribuito secondo un modello di turni ottimizzato.

Questo aspetto è di fondamentale importanza in un contesto di sistema sanitario pubblico cronicamente sottodimensionato nelle risorse, in cui qualsiasi proposta di miglioramento che comporti costi aggiuntivi significativi rischia di restare sulla carta. La sostenibilità è una condizione necessaria, non sufficiente, per l'implementazione: ma senza di essa, anche il progetto più ben fondato non trova spazio nella realtà organizzativa.

Va sottolineato, tuttavia, che la sostenibilità non è garantita automaticamente dal disegno del progetto: richiede un monitoraggio costante, un aggiustamento progressivo in funzione degli indicatori rilevati e una volontà istituzionale di mantenere il modello nel tempo, resistendo alla tentazione di utilizzare l'Admission Room come area di appoggio impropria quando le pressioni del sistema aumentano. La clausola delle 48 ore e l'attivazione del piano di sovraffollamento sono le principali garanzie strutturali di questa tenuta.

6.3 Il contributo al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure

Sulla base delle evidenze disponibili in letteratura, la riduzione del sovraffollamento del Pronto Soccorso attraverso l'Admission Room rappresenta una strategia potenzialmente in grado di produrre effetti positivi sulla sicurezza dei pazienti. Meno pazienti in boarding nel Pronto Soccorso significherebbe infatti, secondo tali evidenze, meno pazienti a rischio di deterioramento clinico non rilevato, meno ritardi nella somministrazione delle terapie, meno cadute, meno lesioni da pressione, meno eventi avversi complessivi.

Significa anche meno pazienti che abbandonano il Pronto Soccorso prima della visita medica, fenomeno correlato alla percezione di tempi d'attesa eccessivi e di scarsa organizzazione, con le relative implicazioni di rischio clinico per il paziente che si allontana senza aver ricevuto le cure necessarie.

Sul fronte della qualità percepita, il modello introduce un miglioramento radicale dell'esperienza del paziente e dei suoi familiari. La comunicazione trasparente sul percorso di cura, la presenza di un ambiente dedicato, la disponibilità di un riferimento assistenziale stabile e la prospettiva chiara sul ricovero imminente sono elementi che contribuiscono a ridurre l'ansia, aumentare la fiducia nel sistema e migliorare la soddisfazione complessiva.

Questi benefici, tuttavia, non sono incondizionati: come evidenziato nella discussione, essi si realizzano pienamente solo a condizione che la selezione dei pazienti candidati all'ammissione avvenga secondo criteri clinici applicati con rigore e costantemente verificati nel tempo. L'esperienza riportata nei modelli organizzativi analoghi descritti in letteratura suggerisce che anche un modello ben disegnato richieda un affinamento progressivo dei processi di selezione e di sorveglianza, a conferma che la sicurezza del paziente in Admission Room è il risultato non solo dell'assetto strutturale del modello, ma anche della qualità e della continuità della valutazione clinica che lo accompagna.

6.4 Prospettive future e replicabilità del modello

Il presente progetto nasce in un contesto specifico — l'Ospedale di Fermo — con le sue peculiarità strutturali, demografiche e organizzative. Tuttavia, le logiche su cui si fonda sono universali: il boarding è un problema comune a tutti i Pronto Soccorso italiani, indipendentemente dalla dimensione dell'ospedale o dalla localizzazione geografica.

Il confronto con gli indicatori nazionali più recenti, condotto nel capitolo precedente, conferma la rilevanza di questa prospettiva: i valori medi di boarding stimati dall'Osservatorio SIMEU, pur variabili in funzione delle caratteristiche del singolo contesto ospedaliero, costituiscono un punto di riferimento concreto rispetto al quale valutare, una volta avviato un monitoraggio sistematico, l'effettivo impatto del modello: un graduale avvicinamento ai valori medi nazionali costituirebbe un indicatore tangibile di efficacia, mentre la persistenza di tempi di attesa elevati richiederebbe una revisione degli assetti organizzativi e delle risorse dedicate.

L'eventuale implementazione stabile dell'Admission Room e il monitoraggio sistematico degli indicatori proposti consentiranno di produrre evidenze utili per valutare l'efficacia del modello e favorirne l'eventuale diffusione in altri contesti ospedalieri. In un contesto in cui il modello è ancora sperimentato in un numero limitato di realtà ospedaliere italiane, il contributo di ciascuna esperienza alla costruzione di evidenze nazionali è di grande valore.

Si auspica che, una volta raccolta una massa critica di dati dall'esperienza delle diverse realtà ospedaliere attualmente in corso, sia possibile sviluppare linee guida nazionali più specifiche sull'Admission Room, che integrino le attuali indicazioni ministeriali con standard operativi basati su evidenza empirica. Questo consentirebbe una diffusione più

rapida e omogenea del modello su scala nazionale, con benefici significativi per il sistema sanitario nel suo complesso.

6.5 Il valore formativo del progetto per il professionista infermieristico

Da una prospettiva professionale e formativa, il presente progetto rappresenta un'occasione di riflessione sulla complessità della gestione dei sistemi sanitari e sul contributo che il professionista infermieristico con formazione avanzata può offrire a tale gestione.

L'infermiere dirigente non è chiamato soltanto a erogare prestazioni al letto del paziente, ma a contribuire alla progettazione, all'implementazione e alla valutazione dei modelli organizzativi che strutturano l'assistenza. Il progetto dell'Admission Room, elaborato nell'ambito di un tirocinio in un contesto di emergenza-urgenza, ha permesso di applicare concretamente le competenze acquisite nel corso di studi: dall'analisi organizzativa alla pianificazione degli interventi, dalla definizione degli indicatori alla valutazione critica del modello alla luce delle evidenze disponibili.

Questa esperienza conferma che l'infermiere dirigente è una figura essenziale non solo nell'assistenza diretta, ma anche nella governance clinica e organizzativa: capace di leggere i problemi del sistema con gli strumenti della ricerca, di proporre soluzioni basate sulle evidenze e di contribuire al miglioramento continuo della qualità delle cure. È questa la visione di professione che la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche intende promuovere, e che il presente lavoro ha cercato di incarnare.

Le criticità organizzative che tipicamente caratterizzano la fase di avvio di un progetto di questo tipo, in particolare quelle legate alla riorganizzazione dei piani di attività del personale e alla ridefinizione dei ruoli professionali, e documentate anche nei modelli organizzativi analoghi descritti in letteratura, mettono in luce un ulteriore aspetto, complementare a quello fin qui descritto: il ruolo cruciale dell'infermiere dirigente nella progettazione, nell'organizzazione e nella gestione dei percorsi assistenziali e del personale. È infatti a questa figura che compete, in misura rilevante, il compito di tradurre un modello organizzativo innovativo come l'Admission Room in una pianificazione operativa sostenibile: la definizione dei fabbisogni di personale, l'allocazione delle risorse umane tra le diverse aree assistenziali, la promozione di percorsi formativi mirati e il coordinamento tra le diverse figure professionali coinvolte. L'analisi condotta

suggerisce, in questo senso, che il successo di un progetto di riorganizzazione dei flussi assistenziali non dipenda soltanto dalla solidità del modello clinico-organizzativo proposto, ma anche dalla capacità della dirigenza infermieristica di accompagnarne l'implementazione, di monitorarne gli esiti nel tempo e di intervenire con tempestività sulle criticità che progressivamente emergono nella pratica quotidiana.

6.6 Considerazioni finali

In conclusione, l'istituzione di un'Admission Room all'Ospedale di Fermo non è solo una risposta pragmatica a un problema urgente: è una scelta di civiltà clinica e organizzativa. È la scelta di non accettare che i pazienti vengano lasciati su barelle nei corridoi come se non avessero diritto a un'assistenza dignitosa. È la scelta di non scaricare sul personale di emergenza-urgenza la responsabilità di un problema che riguarda l'intero sistema ospedaliero. È la scelta di misurare, monitorare e governare il boarding invece di subirlo passivamente.

Ogni sistema sanitario è imperfetto e operare in contesti di risorse limitate è la realtà con cui i professionisti della salute devono fare i conti ogni giorno. Ma imperfetto non significa immutabile: con progettazione rigorosa, volontà istituzionale e competenza professionale, è possibile trasformare le criticità in opportunità di miglioramento. L'Admission Room è, in questo senso, un simbolo concreto di questa possibilità.

Il boarding è un fenomeno strutturale. La risposta deve essere strutturale. L'Admission Room è quella risposta.

7. BIBLIOGRAFIA

- ASUR Marche. (2019). Delibera n. 1547/2019: Manuale di triage e linee di indirizzo regionali per i Pronto Soccorso. ASUR Marche.
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., et al. (2009). The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16(1), 1–10.
- Conferenza Stato-Regioni. (2019). Accordo del 1° agosto 2019, Rep. atti n. 143/CSR: Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso. Ministero della Salute.
- Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. (1992). Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. *Gazzetta Ufficiale*, n. 76 del 31 marzo 1992.
- Devia Jaramillo, A., Rios, G., Mendoza, C., et al. (2024). Implementation of an early attention strategy to reduce emergency room overcrowding in an academic institution in Colombia: A pilot study. *International Journal of Emergency Medicine*, 17(2), 85–92.
- Devia Jaramillo, A., Perez, M., Torres, L., et al. (2025). Effective strategies for reducing patient length of stay in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *BMC Emergency Medicine*, 25(1), 112–121.
- FIMEUC. (2012). Standard per i Pronto Soccorso italiani: Approccio strutturato al crowding e all'access block. FIMEUC.
- Forero, R., McCarthy, S., & Hillman, K. (2011). Access block and emergency department overcrowding. *Critical Care*, 15(2), 216.
- Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: Causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 126–136.
- Ministero della Salute. (2013). Documento n. 15: Raccomandazioni per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Ministero della Salute.

- Moskop, J. C., Sklar, D. P., Geiderman, J. M., Schears, R. M., & Bookman, K. J. (2009). Emergency department crowding, Part 1: Concept, causes, and moral consequences. *Annals of Emergency Medicine*, 53(5), 605–611.
- Pearce, C., Jones, P., Williams, K., et al. (2023). Emergency department crowding: An overview of reviews describing measures, causes, and harms. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 25(7), 778–788.
- Regione Lombardia. (2024). Indicatori di sovraffollamento nei Pronto Soccorso regionali: Proposta di monitoraggio. *Agenas*, 12(3), 45–58.
- Regione Marche. (2019). Delibera di Giunta Regionale n. 1457/2019: Recepimento Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019 e linee operative per l’attuazione. Regione Marche.
- Regione Marche. (2023). Bollettino Ufficiale n. 105 del 1° dicembre 2023: Nuove linee guida organizzative per i Pronto Soccorso della Regione Marche. Regione Marche.
- Regione Marche. (2026). Delibera di Giunta Regionale n. 555 del 18 maggio 2026: Disposizioni in materia di gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso regionali e istituzione delle aree di degenza temporanea. Regione Marche.
- Richardson, D. B. (2006). Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Medical Journal of Australia*, 184(5), 213–216.
- Sprivulis, P. C., Da Silva, J. A., Jacobs, I. G., Frazer, A. R., & Jelinek, G. A. (2006). The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal of Australia*, 184(5), 208–212.
- Verzelloni, E., Bianchi, A., Rossi, L., et al. (2025). Effetti del modello See-and-Treat in un ospedale italiano. *GIMPIOS*, 14(2), 89–97.
- Wiler, J. L., Gentle, C., Halfpenny, J. M., et al. (2010). Optimizing emergency department front-end operations. *Annals of Emergency Medicine*, 55(2), 142–160.
- World Health Organization. (2022). Emergency care systems for universal health coverage: Ensuring timely care for the acutely ill and injured. WHO.

Xie, J., Zhao, H., Lin, Y., et al. (2025). Impact of emergency department overcrowding on healthcare workers' well-being: A narrative review. *Healthcare*, 13(3), 455–463.

8. SITOGRAFIA

AGENAS – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. (s.d.). Quarta Indagine sulle reti tempo-dipendenti. Consultato a giugno 2026. <https://www.agenas.gov.it>

ANSA Abruzzo. (2026, 3 marzo). Stop barelle al pronto soccorso a Chieti, arriva la ‘admission room’. ANSA. https://www.ansa.it/abruzzo/notizie/2026/03/03/stop-barelle-al-pronto-soccorso-a-chieti-arriva-la-admission-room_8db32d22-27a1-47af-84e8-cb2589af3ab9.html

ANSA Salute & Benessere. (2024, 28 maggio). Fermi al pronto soccorso, 31 ore in attesa del ricovero. ANSA. https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/ospedali_italiani/2024/05/28/fermi-al-pronto-soccorso-31-ore-in-attesa-del-ricovero_75d264a4-86b4-4fa4-9f2f-39d04e6259d7.html

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. (s.d.). Riorganizziamo l'emergenza: cosa cambia. Consultato a giugno 2026. <https://www.aou.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/2122>

One Health Focus. (2025, 30 ottobre). Emergenza-urgenza, Riccardi (SIMEU) commenta i dati Agenas: «Indicatori parziali, la realtà del pronto soccorso è un'altra». <https://onehealthfocus.it/emergenza-urgenza-riccardi-simeu-commenta-i-dati-agenas-indicatori-parziali-la-realta-dei-pronto-soccorso-e-unaltra/>

Quotidiano Sanità. (s.d.). Quando il Soccorso è «poco» Pronto: Dalle 4 alle 5 ore per la visita in codice bianco o verde. Nelle grandi città attese fino a 60 ore per un ricovero. Indagine ANAAO Assomed. Consultato a giugno 2026. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=49054

SIMEU – Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza. (s.d.). Sito istituzionale. Consultato a giugno 2026. <https://www.simeu.it>

Sky TG24. (2026, 9 maggio). Pronto Soccorso, 90% sotto organico: Fino a 23 ore di attese e pazienti in barella. I dati. <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2026/05/09/pronto-soccorso-sotto-organico-dati-italia>