



Regione Liguria – Giunta Regionale

Atto N° 123-2026 - Seduta N° 3973 - del 09/04/2026 - Numero d'Ordine 11

Prot/2026/179534

Oggetto Adozione del modello organizzativo regionale per la gestione dei ricoveri urgenti e rafforzamento delle misure per la riduzione del boarding nei Pronto Soccorso

Struttura Proponente Direzione generale di area Salute e servizi sociali

Tipo Atto Deliberazione

Certificazione delle risultanze dell'esame dell'Atto

Presidente MARCO BUCCI - Presidente, partecipanti alla seduta:

Componenti della Giunta		Presenti	Assenti
Marco BUCCI	Presidente della Giunta Regionale	X	
Simona FERRO	Vicepresidente della Giunta Regionale	X	
Giacomo Raul GIAMPEDRONE	Assessore	X	
Luca LOMBARDI	Assessore	X	
Claudia MORICH	Assessore	X	
Massimo NICOLO'	Assessore	X	
Alessandro PIANA	Assessore	X	
Alessio PIANA	Assessore	X	

Paolo RIPAMONTI	Assessore	X	
Marco SCAJOLA	Assessore	X	
		10	0

Relatore alla Giunta NICOLO' Massimo

Con l'assistenza del Segretario Generale Avv. Pietro Paolo Giampellegrini e del Segretario di Giunta Dott.ssa Cristina Colombo

La Giunta Regionale

All'unanimità ha approvato il provvedimento

Atto rientrante nei provvedimenti di cui alla lett. a punto 1 sub y

Elementi di corredo all'Atto:

- ALLEGATI, che ne sono PARTE INTEGRANTE E NECESSARIA
-

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATI:

- il D.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’art.1 della L.23 ottobre 1992, n.421;
- il D. Lgs. n. 124/1998, “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell’art. 59, comma 50 della legge 27 dicembre 1997, n. 449”;
- il DPCM del 16 aprile 2002 “Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d’attesa”;
- l’Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002 (Allegato Tecnico), Repertorio Atti n. 1488 - Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) 2006-2008 approvato con Intesa Stato-Regioni 28 Marzo 2006;
- la legge 30 dicembre 2004, n. 311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” e, in particolare, l’articolo 1, comma 172, che prevede la verifica del Ministero della Salute sull’effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), compresa la verifica dei relativi tempi di attesa;
- il DM 2 aprile 2015, n.70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera;
- il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” ed in particolare l'allegato 4, nel quale sono definite le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- il DM 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN;
- il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107 recante “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”;
- il DM 25 novembre 2024 “Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”.

RICHIAMATE altresì le leggi regionali:

- 7 dicembre 2006 n. 41 “Riordino del servizio sanitario regionale”;
- 3 febbraio 2025, n. 1 “Interventi di adeguamento dell’ordinamento regionale”;
- 29 maggio 2025, n. 7 “Riforma dell’Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) di cui alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell’Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria), modifica della denominazione in “Liguria Salute” e altre disposizioni di riordino in materia sanitaria”.
- 12 dicembre 2025 n. 18 Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale e modifica all’articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013, n. 33 (Disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti (PRIIMT)

RICHIAMATE:

- la Delibera del Consiglio regionale del 21 novembre 2023 n. 19 “Piano socio-sanitario 2023-2025”;
- la Delibera del Consiglio regionale del 29 luglio 2025 n. 10 “Modifica della deliberazione del Consiglio Regionale Assemblea Legislativa della Liguria 21-22/11/2023 n. 19 Piano Socio Sanitario regionale 2023-2025”;
- la Delibera della Giunta regionale n. 1118 del 17 novembre 2023 “Trasformazione del Gruppo Operativo Ristretto per l’Emergenza (GORE), di cui alle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 1392/2005 e n. 1508/2013, in Gruppo Operativo Metropolitano per l’Emergenza (GOME)”;
- la Delibera della Giunta regionale n. 1166 del 01 dicembre 2023 “Individuazione degli atti rientranti nelle competenze degli organi e degli uffici della Giunta regionale”;
- la Delibera della Giunta regionale n. 27 del 16 febbraio 2025 “Indirizzi per la razionalizzazione e la semplificazione delle competenze degli organi e degli uffici della Giunta regionale”;
- la Delibera della Giunta regionale n. 124 del 13 marzo 2025 “Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107 “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”: adempimenti conseguenti”;
- la Delibera della Giunta regionale n. 274 del 5 giugno 2025 “Assegnazione degli obiettivi ai direttori generali delle Aziende Sociosanitarie, dell’IRCCS Policlinico San Martino, A.Li.Sa., nonché all’IRCCS Gaslini, per l’anno 2025” che assegna, tra gli altri l’obiettivo riduzione del boarding;
- la Delibera della Giunta regionale n. 472 del 25 settembre 2025 “Legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 “Disciplina di Liguria Salute e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria”. Provvedimenti conseguenti ex art. 3, comma 1, lett. k)”;
- la Delibera del direttore generale di A.Li.Sa del 13 gennaio 2022, n. 11 “ approvazione del documento Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento del pronto soccorso”.
- Il Decreto del Direttore Generale di Area n. 8748 del 1 dicembre 2025 recante “Disposizioni organizzative finalizzate alla riduzione del boarding nei Pronto Soccorso”,

DATO ATTO che con il citato Decreto del Direttore Generale di Area n. 8748/2025 sono introdotte misure operative per il contenimento dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso, tra cui l’assorbimento programmato dei ricoveri e l’adozione di misure compensative al superamento delle soglie di permanenza;

RILEVATI gli esiti del monitoraggio successivo all’adozione del citato Decreto n. 8748/2025, dai quali emerge un iniziale miglioramento degli indicatori di boarding, seguito da un progressivo ritorno a condizioni non accettabili, anche in relazione alla mancata piena attuazione delle misure previste, in particolare quelle compensative;

EVIDENZIATO CHE

1. il fenomeno del boarding nei Pronto Soccorso rappresenta una criticità strutturale del sistema sanitario regionale, con rilevanti implicazioni in termini di sicurezza clinica, appropriatezza e qualità dell’assistenza;
2. tale fenomeno è strettamente correlato alla difficoltà di assorbimento dei ricoveri urgenti da parte dei reparti, in particolare dell’area internistica;

3. l'analisi dei dati regionali evidenzia una significativa variabilità tra presidi, riconducibile a modelli organizzativi non uniformi;
4. il Decreto del Direttore Generale di Area Salute e Servizi Sociali n. 8748/2025 recante "Disposizioni organizzative finalizzate alla riduzione del boarding nei Pronto Soccorso", prevede misure già orientate al contenimento del boarding e alla gestione dei flussi e che tali misure sono di natura compensativa e immediatamente applicabili nelle more della progressiva attuazione del modello organizzativo regionale.

RITENUTO, pertanto necessario:

- approvare il modello organizzativo regionale per la gestione dei ricoveri urgenti, di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto.
- dare atto che le Aziende, IRCCS e enti del SSR sono tenute ad adeguare la propria organizzazione al modello di cui al punto precedente, assicurando, tra l'altro, l'attuazione del principio di distribuzione programmata dei ricoveri urgenti, e garantendo una equa ripartizione del carico assistenziale tra le unità operative.
- prevedere che presso ciascuna Azienda è istituito un Gruppo Tecnico Permanente per la gestione dei flussi, composto da Direzione Sanitaria, Direzione medica di presidio ospedaliero e Medicine.
- prevedere che la responsabilità per l'implementazione delle misure di cui all'allegato 1 è in capo alla Direzione Medica di presidio ospedaliero.
- prevedere che ATS Liguria attivi con urgenza una centrale di discharge management per il coordinamento delle dimissioni e il governo dei trasporti secondari dell'area Metropolitana.
- di dare mandato all'Area Liguria Salute per conto di Regione:
 - coordinare i Gruppi Tecnici Aziendali;
 - supportare le Aziende nell'attuazione del modello;
 - promuovere l'omogeneità organizzativa;
 - monitorare gli indicatori e trasmettere report alla Regione;

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità, Politiche Socio-Sanitarie e sociali e Terzo Settore

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

1. **di approvare** il modello organizzativo regionale per la gestione dei ricoveri urgenti, di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto.
2. **di dare atto** che le Aziende, IRCCS e enti del SSR sono tenute ad adeguare la propria organizzazione al modello di cui al punto precedente, assicurando, tra l'altro, l'attuazione del

principio di distribuzione programmata dei ricoveri urgenti, e garantendo una equa ripartizione del carico assistenziale tra le unità operative.

3. **di prevedere** che presso ciascuna Azienda è istituito un Gruppo Tecnico Permanente per la gestione dei flussi, composto da Direzione Sanitaria, Direzione medica di presidio ospedaliero, Pronto soccorso e Medicine.
4. **di prevedere** che la responsabilità per l'implementazione delle misure di cui all'allegato 1 è in capo alla Direzione Medica di presidio ospedaliero.
5. **di prevedere** che ATS Liguria attivi con urgenza una centrale di discharge management per il coordinamento delle dimissioni e il governo dei trasporti secondari dell'area Metropolitana.
6. **di dare** mandato all'Area Liguria Salute per conto di Regione:
 - coordinare i Gruppi Tecnici Aziendali;
 - supportare le Aziende nell'attuazione del modello;
 - promuovere l'omogeneità organizzativa;
 - monitorare gli indicatori e trasmettere report alla Regione;
7. **di dare atto** che dal presente provvedimento non derivano oneri per il bilancio regionale;
8. **di notificare** il presente provvedimento agli Enti interessati;
9. **di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento sul sito web istituzionale di Regione Liguria.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al Tribunale amministrativo regionale per la Liguria entro 60 giorni o, alternativamente, ricorso amministrativo straordinario entro 120 giorni, dalla notifica, comunicazione o pubblicazione dello stesso.

ALLEGATO A – MODELLO REGIONALE LIGURIA

1. Premessa

Il fenomeno del boarding nei Pronto Soccorso della Regione Liguria rappresenta una criticità strutturale del sistema sanitario regionale, strettamente correlata alla difficoltà di assorbimento dei ricoveri urgenti da parte dei reparti di degenza.

L'analisi dei dati regionali evidenzia come tale fenomeno non sia riconducibile a singole criticità locali, ma a uno squilibrio sistemico tra domanda assistenziale e capacità di risposta del sistema ospedaliero, in particolare nell'area internistica, che rappresenta il principale ambito di presa in carico dei pazienti complessi e fragili.

Parallelamente, il ricorso agli appoggi costituisce una modalità alternativa di gestione del medesimo squilibrio, che deve essere garantita laddove il sistema non riesca ad assorbire in tempi accettabili i ricoveri disposti dal Pronto Soccorso, ma che deve progressivamente essere sostituita da una riorganizzazione che consenta una distribuzione del carico assistenziale coerente con l'appropriatezza clinica e organizzativa.

Boarding e appoggi devono pertanto essere considerati fenomeni complementari, espressione di una medesima criticità sistemica; gli appoggi, tuttavia, sono una misura compensativa volta a ridurre la permanenza in PS dei pazienti barellati da ricoverare ovvero il boarding.

2. Metodologia e analisi dei dati

L'analisi è stata condotta sui dati regionali relativi a:

- accessi ai Pronto Soccorso,
- ricoveri da Pronto Soccorso,
- distribuzione dei ricoveri per area clinica,
- rapporto tra ricoveri in elezione e in urgenza,

La fonte dati utilizzata è il flusso EMUR-DEA

Tab.1 Media dei ricoveri giornalieri per singolo PS

2025	ATS AREA 1		ATS AREA 2		AOM			ATS AREA 4	ATS AREA 5	
	Ospedale Sanremo	Ospedale Imperia	Ospedale Pietra Ligure	Ospedale Savona	Ospedale San Martino	Ospedale Villa Scassi	Ospedale Galliera	Ospedale Lavagna Area 4	Ospedale La Spezia	Ospedale Sarzana
Accessi PS	29872	33763	40904	55386	70625	39798	38793	47709	48115	28625
Ricoveri	4263	4436	6010	9022	15414	6063	7091	7145	7536	5001
Tasso ricovero	14,27%	13,13%	14,7%	16,3%	21,8%	15,23%	18,3%	14,98%	15,7%	17,47%
Posti letto totali	171	219	350	365	1201	548	351	278	213	199
Media ricoveri giornalieri	11,7	12,15	16,45	24,7	42,23	16,6	19,4	19,6	20,7	13,7

L'analisi dei volumi evidenzia una significativa variabilità tra i diversi presidi, sia in termini di accessi al Pronto Soccorso sia di ricoveri conseguenti, determinando un impatto differenziato sul sistema ospedaliero.

In particolare, nei presidi caratterizzati da elevata pressione del Pronto Soccorso e/o da un significativo ricorso agli appoggi, il numero medio di ricoveri giornalieri risulta non coerente con il fabbisogno assistenziale reale, evidenziando una insufficiente capacità di assorbimento dei ricoveri urgenti da parte dei reparti.

Tale disallineamento si traduce in un prolungamento dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso (boarding), in un incremento del ricorso agli appoggi, in un sovraccarico dell'area internistica, in una riduzione dell'efficienza complessiva del sistema ospedaliero.

Nei contesti più critici, i dati suggeriscono la necessità di un incremento della capacità di risposta dei reparti, stimabile indicativamente in un ordine di grandezza pari al 30–40% rispetto ai volumi attualmente assorbiti. Appare evidente come sia necessario riequilibrare la capacità di assorbimento del sistema.

Al fine di comprendere in modo più accurato il fabbisogno assistenziale gravante sull'area medica, è necessario isolare ricoveri effettivamente afferenti alle discipline internistiche escludendo le aree che per loro specificità incidono marginalmente sul fenomeno del boarding in quanto caratterizzati da percorsi assistenziali dedicati e modalità di accesso al ricovero in larga parte indipendenti dal pronto soccorso generale.

Tab.2 Ricoveri ospedalieri al netto delle discipline ginecologica-ostetrica e pediatrica

2025	ATS AREA 1		ATS AREA 2		AOM			ATS AREA 4	ATS AREA 5	
	Ospedale Sanremo	Ospedale Imperia	Ospedale Pietra Ligure	Ospedale Savona	Ospedale San Martino	Ospedale Villa Scassi	Ospedale Galliera	Ospedale Lavagna Area 4	Ospedale La Spezia	Ospedale Sarzana
Accessi PS*	29872	33763	40904	55386	70625	39798	38793	47709	48115	28625
Ricoveri totali (esclusi ricoveri da MED URGENZA)	4263	4436	6010	9022	15414	6063	7091	7145	7536	5001
Media ricoveri giornalieri	11,7	12,15	16,45	24,7	42,23	16,6	19,4	19,6	20,7	13,7
Ricoveri totali senza pediatrici e ginecologici	3896	3589	6010	8269	14053	5916	6506	6274	7230	4994
Posti letto senza Letti pediatrici e ginecologici	157	191	350	339	1092	529	331	258	194	199
Media ricoveri giornalieri senza Ginec/Ped	10,7	9,8	16,45	22,7	38,5	16,2	17,82	17,2	19,8	13,7

La tabella 2 riporta i medesimi indicatori escludendo i ricoveri in area ginecologica ostetrica e pediatrica, consentendo di rappresentare in modo più aderente il carico assistenziale riconducibile all'area medica. Tale ricalcolo evidenzia come, nei presidi in cui sono presenti i percorsi separati (es. PS pediatrico, ortopedico o ginecologico), il tasso di ricovero dell'area medica risulti sottostimato se calcolato sull'insieme degli accessi; ne deriva che il fabbisogno reale di posti letto per i ricoveri urgenti in area medica è superiore a quanto inizialmente osservato.

Isolato il perimetro dell'area medica, l'analisi si concentra sui ricoveri nei reparti di medicina interna e geriatria che rappresentano il principale ambito di assorbimento dei ricoveri urgenti.

Tab.3 Rapporto tra ricoveri e dotazione di posti letto nell'area internistica/geriatrica per presidio

2025	ATS AREA 1		ATS AREA 2		AOM			ATS AREA 4	ATS AREA 5	
	Ospedale Sanremo	Ospedale Imperia	Ospedale Pietra Ligure	Ospedale Savona	Ospedale San Martino	Ospedale Villa Scassi	Ospedale Galliera	Ospedale Lavagna Area 4	Ospedale La Spezia	Ospedale Sarzana
Ricoveri totali senza pediatrici e ginecologici	3896	3589	6010	8269	14053	5916	6506	6274	7230	4994
Ricoveri totali Medicina+ Geriatria	864	698	1843	3472	1725	1959	2031	2817	1225	3495
% Ricoveri in Med/Geriatria	22,17%	19,45%	30,67%	42%	12,3%	33,11%	31,21%	43,3%	16,95%	70%
Posti letto senza Letti pediatrici e ginecologici	157	191	350	339	1092	529	331	258	194	199
Posti Letto Medicina/Geriatria	40	28	68	100	189	100	99	95	24	94
% Posti Letto MI/Geriatria sul numero Posti Letto Totali	25,5%	14,7%	19,4%	29,5%	17,3%	18,9%	29,9%	36,8%	12,4%	47,23%
Media ricoveri giornalieri senza Ginec/Ped	10,7	9,8	16,45	22,7	38,5	16,2	17,82	17,2	19,8	13,7
Media Ricoveri giornalieri in Med/Ger	2,37	1,9	5	9,5	4,7	5,37	5,6	7,7	3,3	9,6

La tabella 3 evidenzia la media dei ricoveri giornalieri nei reparti internistici e geriatrici per singolo presidio consentendo di quantificare il carico assistenziale effettivamente sostenuto da tali reparti. I dati confermano come l'area internistica rappresenti il principale punto di pressione del sistema con una concentrazione significativa dei ricoveri urgenti. Tuttavia, tale carico risulta distribuito in modo non uniforme tra i diversi presidi evidenziando situazioni di sovraccarico in alcuni contesti e di minore assorbimento in altri.

Al fine di valutare la coerenza tra domanda assistenziale e capacità di risposta, la tabella 3 mette altresì in relazione la percentuale di ricoveri con la percentuale di posti letto disponibili nella area internistica/geriatrica. Nei presidi in cui la percentuale di ricoveri supera la quota di posti letto disponibili se evidenzia un deficit strutturale di capacità assistenziale. Viceversa, nei contesti in cui la dotazione di posti letto risulta proporzionalmente superiore si osserva una maggiore capacità di assorbimento del sistema. Tali evidenze confermano la necessità di un riequilibrio del sistema, sia in termini di distribuzione dei posti letto sia in termini di modelli organizzativi al fine di garantire una risposta uniforme sostenibile alla domanda di ricoveri urgenti.

L'analisi dei dati per singolo presidio evidenzia inoltre come i ricoveri provenienti dal pronto soccorso si concentrino prevalentemente nell'area medica con una variabilità significativa tra i diversi ospedali in termini di capacità di assorbimento. In particolare, si osservano livelli di pressione sull'area alte internistica estremamente differenziati tra i presidi: a titolo

esemplificativo, circa il 38,5% dei ricoveri da pronto soccorso insiste sull'area medica nell'ospedale di Savona a fronte di valori pari a circa il 30,7% nell'ospedale di Pietra Ligure e al 10,8% presso il Policlinico San Martino. In particolare, nel caso del Policlinico San Martino i dati evidenziano una pressione della medicina interna pari a 10,8% a fronte di una quota significativa di ricoveri urgenti nell'ambito della medicina d'urgenza (26,8%). Tale configurazione organizzativa richiede una lettura integrata dei dati, in quanto la medicina d'urgenza, pur svolgendo una funzione di gestione delle acuzie, non è sovrapponibile alla medicina interna in termini di mission e presa in carico clinica. Ne consegue che la pressione complessiva sull'area internistica risulta sottostimata se valutate esclusivamente sulla base dei ricoveri in medicina interna, dovendo considerare anche la quota di attività assorbita dalla medicina d'urgenza.

Nei contesti caratterizzati da maggior pressione, la limitata capacità di risposta dei reparti si traduce in fenomeni di boarding o nel ricorso agli appoggi tali evidenze confermano la presenza di uno squilibrio strutturale del sistema non riconducibile a singole realtà locali, ma la mancanza di regole uniformi di gestione dei ricoveri urgenti. Tale variabilità non appare giustificata esclusivamente dalla complessità dei casi trattati ma riflette assetti organizzativi non uniformi; infatti, pur riconoscendo che le patologie afferenti all'area internistica presentano caratteristiche in parte omogenee tra i diversi contesti si evidenzia come presidi caratterizzati da maggior complessità organizzative quali il Policlinico San Martino, presentino livelli di pressione apparentemente inferiori rispetto ad altri ospedali. Tale evidenza suggerisce come fattori organizzativi e la capacità di assorbimento dei ricoveri urgenti rivestano un ruolo determinante nella configurazione del fenomeno.

L'analisi di dettaglio della distribuzione dei ricoveri per area clinica consente di quantificare in modo puntuale il peso dell'area medica all'interno del sistema ospedaliero regionale.

Tab. 4 Distribuzione % di ricoveri per aree

2025	ATS AREA 1		ATS AREA 2		AOM			ATS AREA 4	ATS AREA 5	
	Sanremo	Imperia	Pietra Ligure	Savona	San Martino	Galliera	Villa Scassi	PS Lavagna	PS La Spezia	PS Sarzana
% Area Medica	32%	31%	43%	45%	21%	39%	39,45%	39%	22%	84%
% Area Chirurgica	9,4%	10%	14,5%	9,32%	7,5%	6,8%	15,3%	14,4%	6,5%	5,4%
% Area Neurologica	2,9%	9,2%	10%	9,7%	10,2%	4%	8,5%	9,1%	6,9%	0,9%
% Area Medicina D'Urgenza /Astanteria	17%	3%	15%	10,6%	26,8%	20%	6,1%	Non segnalata	14,33%	0,8%
% Area Cardiologica	11,3%	8,3%	10%	6,9%	3,9%	4,5%	8,5%	7,8%	5,3%	5,64%

In particolare, l'aria internistica rappresenta stabilmente la quota prevalente dei ricoveri, configurandosi non solo come ambito principale di assorbimento dei pazienti urgenti, ma anche come elemento strutturale di equilibrio dell'intero sistema ospedaliero.

L'analisi dei volumi giornalieri di ricovero per area clinica evidenzia inoltre come tale carico non si distribuisca in modo omogeneo tra i diversi presidi ma presenti rilevanti differenze nella capacità di assorbimento dell'area internistica.

Tab. 5 Media dei ricoveri giornalieri per area per presidio

2025	Ospedale Sanremo	Ospedale Imperia	Ospedale Pietra Ligure	Ospedale Savona	Ospedale San Martino	Ospedale Galliera	Ospedale Villa Scassi	Ospedale Lavagna	Ospedale La Spezia	Ospedale Sarzana
Media ricoveri giornalieri in Medicina Interna/Geriatria	2,37	1,9	5	9,5	4,5	5,37	5,6	7,7	3,3	9,6
Media ricoveri Area Chirurgica	1,1	1	2,2	2,6	2,2	1,7	2,6	2,18	1,9	0,4
Media ricoveri Area medica	3,8	4	6,6	12	11,4	8,1	7	9,2	4,7	15,6
Media ricoveri Astanteria/OB I/Med Urgenza	2	0,4	2,3	2,4	12,16	4	1		3	
Media ricoveri Area neurologica	0,35	1,2	1,5	1,7	4,7	0,9	1,5	1,4	1,5	
Media ricoveri Area Cardiologica	1,31	1	1,5	1,6	1,8	1,3	1,5	1,5	1	1

Tali differenze si traducono in assetti organizzativi eterogenei, nei quali la gestione dei ricoveri urgenti risulta fortemente dipendente dalle scelte locali di allocazione dei posti letto e di organizzazione dei percorsi assistenziali.

3. Sintesi delle evidenze ed implicazioni organizzative

Il fenomeno del boarding e il ricorso agli appoggi non possono essere interpretati come criticità occasionali o riconducibili a singole realtà locali ma rappresentano l'espressione operativa di uno squilibrio strutturale tra domanda urgente e capacità di assorbimento dei reparti. In particolare, il boarding evidenzia l'incapacità immediata del sistema di garantire il ricovero, mentre gli appoggi rappresentano una risposta compensativa, che tuttavia non risolve il problema ma lo ridistribuisce. Tale squilibrio trova il suo principale punto di concentrazione nell'area internistica, che rappresenta il fulcro della gestione dei pazienti urgenti e fragili.

Tab. 6 N. dimissioni annue vs posti letto (Med.Int/ Geriatria)

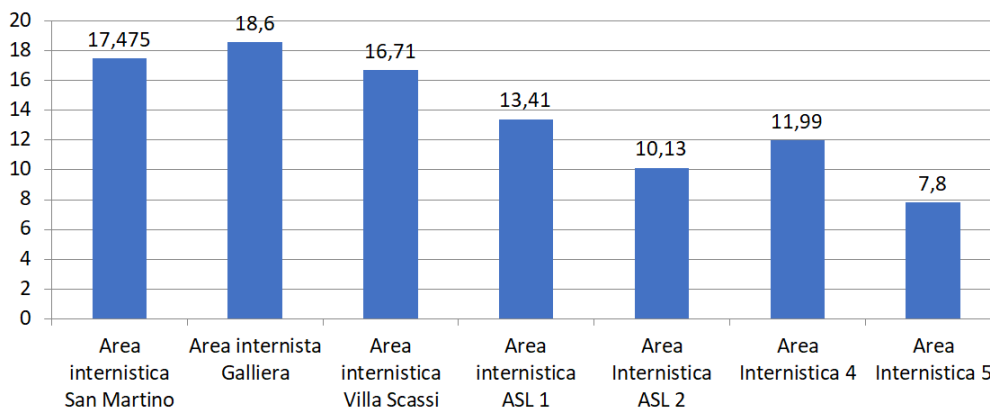
2025	Numero dimissioni Medicina Interna/Geriatria	Numero Posti Letto
ATS Area 1	1869	68
ATS Area 2	5993	172
ATS Area 4	3544	95
ATS Area 5	6109	123
AOM Galliera	2117	99
AOM Villa Scassi	2292	100
AOM San Martino	5050	189

I dati evidenziano come l'area medica sostenga una quota estremamente rilevante di attività configurandosi come il principale ambito di presa in carico e, al contempo, come il principale limite strutturale del sistema.

Accanto alla dotazione di posti letto, un ulteriore elemento determinante nella capacità di risposta del sistema è rappresentato dalla durata della degenza.

Tab. 7 Degenze medie area internistica

Degenze medie aree internistiche



Degenze medie più elevate determinano infatti una riduzione della rotazione dei posti letto, con conseguente minore disponibilità giornaliera per l'assorbimento dei ricoveri urgenti. Al contrario,

contesti caratterizzati da degenze più contenute presentano una maggiore capacità di turnover e quindi una migliore risposta alla pressione del Pronto Soccorso.

L'analisi evidenzia inoltre differenze tra i presidi nelle modalità di dimissione dei pazienti ricoverati in area internistica, con una variabilità nella quota di dimissioni a domicilio, nei trasferimenti verso altri setting assistenziali e negli ulteriori esiti di ricovero.

Tab. 8 Destinazione dimissioni

	ATS Area 1	ATS Area 2	AOM San Martino	AOM Galliera	AOM Villa Scassi	ATS Area 4	ATS Area 5
Deceduto	18,4%	12,4%	8,3%	13,1%	16%	11,2%	8,2%
Ordinaria	50,45%	52,7%	71%	60%	55,6%	64%	73%
Ordinaria RSA	15%	19%	15,11%	20,9%	24%	9%	12,2%
Trasf altro Regime	12,8%	9%					
Trasf Ist	1%	6%	2,8%	4,7%	4,4%	10,8%	6,5%
Trasf Riab	0,5%						
Volontaria	1,7%	0,5	1,14%				

Tali differenze suggeriscono una diversa disponibilità e/o utilizzo dei percorsi di dimissione e di continuità assistenziale, configurandosi come un rilevante elemento organizzativo nella valutazione complessiva della capacità di rotazione dei posti letto.

Se da un lato la capacità di dimissione e la gestione dell'uscita dal ricovero incidono direttamente sulla disponibilità dei posti letto, dall'altro il governo degli accessi al ricovero, e in particolare il rapporto tra attività urgente e attività programmata rappresenta un fattore determinante per la sostenibilità complessiva del sistema.

Tab. 9 Ricoveri elezione/urgenza

2025	Posti Letto	Ricoveri	Ricoveri Urgenza	Elezione	% Urgenza su elezione
ATS Area 1	390	13039	8688	4351	66%
ATS Area 2	715	27724	17898	9826	64,5%
ATS Area 4	264	11520	8201	3319	71,2%
ATS Area 5	412	17861	13434	4427	75,2%
AOM Galliera	351	13693	7953	5740	58,3%
AOM Villa Scassi	548	15484	8994	6490	58%
AOM San Martino	1201	33496	20004	13492	59,7%

L'analisi del rapporto tra i ricoveri urgenti e attività programmata evidenzia una significativa variabilità tra i diversi presidi, con contesti in cui l'attività elettiva mantiene un peso rilevante anche in presenza di elevata pressione del pronto soccorso. Tale assetto risulta non coerente con le esigenze del sistema, in quanto la capacità di risposta e ricoveri urgenti deve costituire una priorità organizzativa. Tale evidenza trova conferma nell'analisi dei dati riportati nella tabella 9 che rivela una significativa eterogeneità tra i presidi nel rapporto tra ricoveri urgenti e attività programmata. Tale variabilità non appare riconducibile esclusivamente al case mix, ma riflette differenti assetti organizzativi nella gestione dei ricoveri.

Ne consegue che la definizione dei volumi di ricovero elettivo deve essere subordinata alla preventiva garanzia della capacità di assorbimento dei ricoveri urgenti, e modulata in funzione della pressione assistenziale e della saturazione dei reparti.

Alla luce delle evidenze sopra descritte, emerge la necessità di definire in modo strutturato la quota di posti letto da destinare quotidianamente ai ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso superando un modello basato sulla sola disponibilità contingente. In tale prospettiva, la capacità di assorbimento dei ricoveri deve essere ricondotta a un criterio organizzativo semplice uniforme e applicabile a tutte le unità operative in grado di tradurre il fabbisogno giornaliero in una quota di disponibilità certa. L'analisi integrata dei dati relativi ai ricoveri urgenti, alla dotazione di posti letto, alle degenze medie e alla capacità di dimissione consente di stimare, per ciascun presidio, il fabbisogno giornaliero di ricoveri da assorbire e di valutare se i reparti sono in grado di sostenere tale carico.

Tab. 10 Calcolo posti letto disponibili per PS

2025	ATS AREA 1		ATS AREA 2		AOM			ATS AREA 4	ATS AREA 5	
	Ospedale Sanremo	Ospedale Imperia	Ospedale Pietra Ligure	Ospedale Savona	Ospedale San Martino	Ospedale Villa Scassi	Ospedale Galliera	Ospedale Lavagna Area 4	Ospedale La Spezia	Ospedale Sarzana
Posti Letto Medicina/Geriatria	40	28	68	100	214	100	99	95	24	94
Posti Letto Giornalieri PS Lun-Sab	3	2,5	4,8	7	15	7	7	7	2	7,4
Posti letto trasferimenti Lun-Sab	0,5	0,5	1	1	3	1	1	1		
Posti Letto Domenica/Festivi	1	1	1	2	3	2	2	1	0,5	2
Posti letto annuali totali da dare PS	1092	832	1550	2288	4836	2288	2288	2236	650	2413
Posti letto annuali per trasferimenti	156	156	312	312	936	312	312	312		
Ricoveri totali da effettuare	988	832	1862	2600	5772	2600	2600	2548	650	4697
Ricoveri totali effettuati Medicina/Geriatria da PS	864	698	1843	3472	1725	1959	2031	2817	1225	3495
GAP	-124	-134	-15	+ 872	-4047	-641	-569	+269	+575	+1202

In particolare, il confronto tra il numero medio giornaliero di ricoveri urgenti e la dotazione complessiva di posti letto evidenzia che, nei diversi contesti analizzati, la capacità di assorbimento richiesta ai reparti si colloca mediamente in un intervallo compreso tra un ricovero ogni 8 e 12 posti letto disponibili. Tale evidenza consente di definire un criterio organizzativo uniforme in base al quale le unità operative assicurano la disponibilità giornaliera di posti letto per i ricoveri provenienti dal pronto soccorso indicativamente pari a un posto letto ogni 8-12 posti letto disponibili (valore medio di riferimento: 1 ogni 10 posti letto).

Il valore individuato non rappresenta un parametro rigido, ma un intervallo operativo coerente con i livelli di attività osservati e con le differenti condizioni organizzative dei presidi, e consente di tradurre il fabbisogno giornaliero di ricoveri in una quota proporzionale di disponibilità per ciascun reparto superando la gestione basata su una disponibilità contingente dei posti letto e inducendo una logica programmata uniforme di distribuzione dei ricoveri urgenti tra le unità operative.

MODELLO ORGANIZZATIVO REGIONALE

Al fine di garantire la concreta attuazione del modello organizzativo di seguito descritto, si richiama quanto già previsto dal Decreto del Direttore Generale di Area Salute e Servizi Sociali n. 8748/2025 recante “Disposizioni organizzative finalizzate alla riduzione del boarding nei Pronto Soccorso”, le cui misure si intendono integralmente confermate e costituenti parte attuativa del presente modello.

Tali misure, già orientate al contenimento del boarding e alla gestione dei flussi ospedalieri rappresentano interventi di natura compensativa e immediatamente applicabili nelle more della progressiva attuazione del modello strutturale regionale.

In coerenza con il quadro analitico emerso le aziende dovranno assicurare in modo sistematico e coordinato l’attuazione delle azioni previste dal modello organizzativo per la gestione dei ricoveri urgenti fondato su criteri di programmazione, riequilibrio dell’offerta assistenziale, distribuzione proporzionale di ricoveri e responsabilizzazione delle unità operative. Il modello si colloca in discontinuità rispetto all’attuale assetto organizzativo, nel quale la gestione dei ricoveri è frequentemente subordinata alla disponibilità contingente dei posti letto, determinando una risposta non uniforme e spesso inefficace nei confronti della domanda urgente.

Tale modello non si limita a gestire le criticità, ma si propone di governare strutturalmente i flussi, attraverso l’introduzione di regole uniformi di seguito definite.

1. Distribuzione programmata dei ricoveri

Il modello si fonda sul principio della distribuzione programmata dei ricoveri urgenti, secondo cui tutte le unità operative in particolare quelle afferenti all’area medica sono chiamate a concorrere in modo proporzionale alla gestione dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso. La capacità di assorbimento dei ricoveri è determinata sulla base del fabbisogno giornaliero di ricoveri urgenti, desunto dall’analisi dei dati storici e coerente con i livelli di attività osservati, e della dotazione di posti letto disponibili.

In coerenza con tale impostazione, le unità operative assicurano una disponibilità giornaliera di posti letto per i ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso indicativamente pari a: uno ogni 8–12 disponibili (valore medio di riferimento: 1 ogni 10 posti letto). Il Pronto Soccorso assegna i ricoveri, nel rispetto delle priorità cliniche, superando la logica della ricerca del posto letto disponibile e introducendo una logica di sistema.

2. Pressione del sistema e necessità di riequilibrio

L’analisi dei dati evidenzia come la pressione del Pronto Soccorso sull’area medica vari significativamente tra i diversi presidi, configurando situazioni di squilibrio che non possono essere considerate fisiologiche.

L'analisi ha altresì dimostrato come tali differenze non siano riconducibili esclusivamente alla complessità dei casi trattati, ma riflettano assetti organizzativi non uniformi, che incidono direttamente sulla capacità del sistema di garantire una risposta appropriata e tempestiva ai bisogni assistenziali.

Il modello introduce pertanto il principio della pressione sostenibile, intesa come equilibrio tra il fabbisogno di ricoveri urgenti e la capacità di assorbimento dei reparti. Il superamento persistente di tale equilibrio rappresenta un indicatore di criticità organizzativa e richiede l'attivazione di interventi di riequilibrio.

3. Riequilibrio tra attività programmata e urgente

L'analisi dei dati relativi ai ricoveri evidenzia come, in alcuni contesti, la capacità di ricovero sia orientata prevalentemente all'attività programmata, con conseguente riduzione della disponibilità per i ricoveri urgenti.

Tale assetto determina effetti diretti sul sistema, contribuendo all'aumento del boarding e al ricorso agli appoggi.

Il modello prevede pertanto che le Aziende garantiscano un riequilibrio tra attività programmata e attività urgente, modulando i volumi di ricovero elettivo in funzione del fabbisogno emergente. Ciò implica una revisione dei modelli organizzativi esistenti, al fine di assicurare che l'utilizzo dei posti letto sia coerente con le priorità assistenziali. Ulteriore elemento di criticità è rappresentato dalla marcata eterogeneità tra le diverse discipline in termini di quota di attività svolta in urgenza, come evidenziato nella tabella 11, con specialità ad elevata prevalenza di ricoveri urgenti (es. Medicina Interna) e altre con un peso significativamente maggiore di attività programmata. Tale variabilità contribuisce a determinare uno squilibrio nella distribuzione del carico assistenziale e rafforza la necessità di un governo più uniforme dei ricoveri.

Tab.11 Distribuzione percentuale dell'attività di ricovero in urgenza per disciplina

	% Attività in Urgenza	Valore Minimo	Valore Massimo
Cardiologia (esclusa UTIC)	64,5%	Galliera 49,5%	Sarzana 95,8%
Chirurgia Generale	53%	Galliera 30%	La Spezia 56,8%
Malattie infettive	89,9%	Albenga 74,9%	San Martino 97%
Nefrologia	79,53%	Savona 73%	La Spezia 98,6%
Urologia	26%	La Spezia 17%	Pietra Ligure 37%
Neurologia	91,44%	Lavagna 76%	Pietra Ligure 98%
Gastro-enterologia	52,9%	Pietra Ligure 45,5%	San Martino 66,9%
Pneumologia	80,9%	Pietra Ligure 65,5%	Imperia 96,6%
Medicina Interna	97,31%	Sanremo 90%	La Spezia/Micone 100%

4. Adeguamento dell'area internistica

Alla luce delle evidenze emerse, l'area internistica è identificata quale principale ambito di intervento per il riequilibrio del sistema.

Le Direzioni Sanitarie sono pertanto tenute a effettuare una revisione della distribuzione dei posti letto, con particolare riferimento ai contesti caratterizzati da elevata pressione del Pronto Soccorso, presenza di boarding prolungato e ricorso frequente agli appoggi.

In tali contesti devono essere attuate azioni di:

- incremento dei posti letto di Medicina Interna e Geriatria
- rimodulazione delle attività programmabili
- riequilibrio dell'offerta rispetto alle altre discipline
- contenimento della degenza media (target indicativo di max 10 gg)

Tale attività costituisce una leva fondamentale per la sostenibilità del sistema.

5. Integrazione tra Pronto Soccorso e Medicina Interna

Il modello prevede lo sviluppo di forme strutturate di integrazione tra Pronto Soccorso e Area Internistica, al fine di migliorare la gestione dei pazienti complessi e ridurre i tempi di permanenza in Pronto Soccorso.

In particolare, devono essere attivate aree di Medicina d'Urgenza a gestione condivisa, caratterizzate da una presa in carico congiunta tra personale del Pronto Soccorso e della Medicina Interna con un'elevata flessibilità organizzativa.

6. Governo dei percorsi di ricovero e delle consulenze

L'analisi dei percorsi assistenziali evidenzia criticità nella gestione dei ricoveri derivanti da indicazioni specialistiche non coordinate.

In particolare, si osservano situazioni in cui il ricovero in Medicina Interna viene indicato da altre discipline, attivate in consulenza dal Pronto Soccorso. Tale modalità operativa non garantisce una corretta presa in carico clinica.

Il modello prevede pertanto che il ricovero in area internistica sia disposto e preso in carico direttamente dall'unità operativa di Medicina Interna.

Le Direzioni Sanitarie definiscono protocolli operativi finalizzati a garantire la presa in carico diretta e tempestiva del paziente da parte della disciplina competente con il coinvolgimento precoce delle unità operative di riferimento ivi compresa la medicina interna attraverso l'attivazione di una consulenza in Pronto Soccorso che dovrà avvenire in un tempo inferiore alle 2 ore. In tale contesto, diventa rilevante anche il potenziamento delle aree di osservazione breve intensiva (OBI), quale strumento di stabilizzazione e filtro dei ricoveri.

7. Gestione degli appoggi e autoregolazione del sistema

Il ricorso agli appoggi rappresenta una misura compensativa nei contesti in cui è presente una saturazione dei posti letto. Tuttavia, il loro utilizzo sistematico rappresenta un indicatore di

squilibrio organizzativo. Il modello prevede che, al superamento di soglie di accettabilità definite a livello aziendale, si attivino meccanismi di riequilibrio del sistema, attraverso il rafforzamento del governo dei flussi e l'adeguamento della capacità di assorbimento dei reparti. In tale contesto, il Pronto Soccorso è chiamato a concorrere al riequilibrio del sistema attraverso una valutazione particolarmente attenta dell'indicazione al ricovero, contribuendo al contenimento dei ricoveri non strettamente necessari. Si attiva pertanto un meccanismo di autoregolazione del sistema, in cui tutti gli attori coinvolti contribuiscono al ripristino delle condizioni di equilibrio anche attraverso l'attivazione di soluzioni alternative (es. aree cuscinetto a gestione internistica). Contestualmente deve essere rafforzato il governo dei flussi, anche attraverso sistemi di bed management centralizzato in grado di garantire una distribuzione più efficiente dei ricoveri.

8. Principio di equilibrio del sistema

Il principio si fonda sull'assunto che il sistema non debba essere sbilanciato né sul Pronto Soccorso né sull'area internistica.

Non è sostenibile un modello caratterizzato da permanenze prolungate in Pronto Soccorso, così come non è sostenibile un modello caratterizzato da sovraccarico dei reparti internistici. L'obiettivo è un sistema integrato e governato, in cui il carico assistenziale sia distribuito in modo appropriato e sostenibile.

Il raggiungimento di tale equilibrio richiede un approccio integrato che comprenda anche:

- Miglioramento delle dimissioni (programmazione precoce, attivazione ADI/RSA, Ospedale di Comunità)
- Follow-up strutturato post-dimissione
- Sviluppo di percorsi territoriali alternativi al ricovero
- Rafforzamento della presa in carico dei pazienti cronici con ambulatori ad accesso rapido ("fast track territoriale") con target principali ad es. scompenso cardiaco e BPCO
- Percorsi dedicati per riacutizzazioni croniche e problemi subacuti
- Discharge manager. Figura dedicata alla gestione dimissioni complesse che collabora con l'UVM
- Ambulatori internistici per la gestione della cronicità come alternativa concreta al PS in collaborazione con le Case di comunità e il MMG (teleconsulto) attraverso la regia della COT
- Rafforzamento progressivo dell'attività di telemonitoraggio e televisita

Sistema di monitoraggio e indicatori

Al fine di garantire l'effettiva attuazione del modello organizzativo e di monitorarne gli effetti nel tempo, le Aziende adottano un sistema strutturato di indicatori, finalizzato alla valutazione della

capacità di risposta ai ricoveri urgenti, del livello di equilibrio del sistema e dell'efficacia delle misure organizzative adottate.

Tempo di permanenza in Pronto Soccorso per pazienti ricoverati

Definizione: tempo intercorrente tra la disposizione del ricovero dal PS e l'effettivo trasferimento del paziente in reparto

Obiettivo: riduzione progressiva del fenomeno di boarding

Target indicativo: < 8 ore per almeno il 90% dei pazienti

Significato: misura direttamente la capacità del sistema di assorbire i ricoveri urgenti

Percentuale di pazienti ricoverati entro soglia temporale

Definizione: quota di pazienti con ricovero entro 8 ore dall'accesso in PS

Obiettivo: garantire tempestività di presa in carico

Target indicativo: ≥ 90%

Significato: misura la performance organizzativa dei reparti

Tasso di utilizzo degli appoggi

Definizione: percentuale di ricoveri effettuati in reparti non di competenza

Obiettivo: riduzione progressiva fino al superamento della pratica

Significato: indicatore diretto di squilibrio del sistema

Rapporto ricoveri urgenti / posti letto disponibili

Definizione: numero medio giornaliero di ricoveri urgenti in rapporto ai posti letto disponibili

Obiettivo: coerenza con il modello organizzativo (1 ricovero ogni 10 posti letto)

Significato: verifica dell'applicazione della regola di distribuzione

Degenza media in area internistica

Definizione: durata media dei ricoveri in Medicina Interna e Geriatria

Obiettivo: ottimizzazione della rotazione dei posti letto

Target indicativo: max 10 giorni

Significato: misura la capacità del sistema di turnover

Percentuale di ricoveri urgenti sul totale ricoveri

Definizione: quota di ricoveri provenienti dal PS sul totale dei ricoveri

Obiettivo: monitoraggio del corretto bilanciamento tra attività programmata e urgente

Significato: evidenza eventuali squilibri organizzativi

Modalità di monitoraggio

Gli indicatori sono rilevati con cadenza mensile e analizzati a livello aziendale e regionale, al fine di:

- individuare situazioni di criticità
- attivare tempestivamente misure correttive
- verificare l'efficacia delle azioni organizzative adottate

Il sistema di monitoraggio costituisce parte integrante del modello organizzativo e rappresenta uno strumento essenziale di governo dei flussi, orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e alla sostenibilità del sistema.

Iter di predisposizione e approvazione del provvedimento

Identificativo atto 2026-AC-126

Compito	Completato da	In sostituzione di	Data di completamento
Approvazione Amministratore proponente	Massimo NICOLO'		09/04/2026 12:09
* Approvazione Direttore generale/Vicedirettore generale (regolarità amministrativa tecnica e contabile)	Paolo BORDON		09/04/2026 10:00
* Approvazione Legittimità	Barbara FASSIO		09/04/2026 09:51
* Approvazione Dirigente (regolarità amministrativa tecnica e contabile)	Paolo BORDON		08/04/2026 19:46
* Validazione Responsabile procedimento (Istruttoria)	Maurizio COLURCIO		08/04/2026 19:45

* La regolarità amministrativa, tecnica e contabile dell'atto è attestata da ciascun soggetto sopraindicato nell'ambito delle rispettive competenze.

Trasmissione provvedimento:
Sito web della Regione Liguria