

INTRODUZIONE

A partire dai primi anni di questo secolo, si è evidenziato, in tutto il mondo sviluppato, il fenomeno del sovraffollamento delle strutture di Pronto Soccorso (PS), i cui determinanti appaiono a seguito di numerosi studi di settore molteplici. Esso infatti non è dovuto solamente all'aumento degli accessi, non programmabili e per i quali, in tempi molto brevi, è necessario rispondere ad esigenze cliniche impreviste dei cittadini, ma anche e forse soprattutto correlato alla difficoltà di ricoverare i pazienti nei reparti degli ospedali per indisponibilità di posti letto, dopo il completamento della fase di cura in PS. Inoltre non possiamo trascurare l'importanza della fase di gestione del paziente con tutte le sue componenti nel tempo di permanenza dello stesso in pronto soccorso. Si tratta pertanto di un problema dei sistemi sanitari che si manifesta nei PS/Dipartimento Emergenza ed accettazione d'urgenza (DEA), ma riguarda tutta la filiera delle cure, dal territorio all'ospedale e viceversa.

In alcuni paesi con servizi sanitari analoghi a quello italiano (SSN), tale fenomeno è stato affrontato con interventi mirati sul sistema: definizione di standard per il tempo massimo di permanenza in PS/DEA e per il tempo massimo di attesa per l'invio in reparto dopo la decisione sul ricovero, adeguamento delle strutture e degli organici, revisione dei percorsi dei pazienti, gestione centralizzata della risorsa posti letto, attivazione di unità di pre-ricovero e pre-dimissione.

L'emergenza/urgenza è un settore critico per l'intero sistema sanitario. In tempi molto brevi è necessario rispondere ad esigenze cliniche dei cittadini legate a patologie acute con situazione di pericolo di vita o complicanze di malattie croniche. L'andamento della domanda non è programmabile anche se può essere prevedibile in alcuni mesi dell'anno in base all'epidemiologia stagionale e nell'arco della giornata. I pazienti devono essere presi in carico, valutati, sottoposti ad idonei accertamenti che genereranno una dimissione, un'osservazione breve, un ricovero o trasferimento presso altre strutture ospedaliere e non, secondo criteri di appropriatezza.

Le interazioni ed integrazioni con i servizi territoriali (MMG, PLS, Continuità assistenziale) dovrebbero assicurare l'impiego appropriato delle strutture deputate all'emergenza (SET 118 e rete ospedaliera) e l'avvio di percorsi efficienti di cure domiciliari per i pazienti dimessi dai PS, razionalizzando l'uso delle risorse e implementando l'appropriatezza delle prestazioni limitando ricoveri ripetuti.

Seguendo questo indirizzo, la Direzione ASUR, ha avviato un tavolo di lavoro multidisciplinare, volto al confronto ed all'approfondimento di tali tematiche con l'obiettivo di elaborare e definire un documento in grado di fornire, alle strutture ospedaliere Asur, strumenti utili e necessari al superamento di tali criticità.

OBIETTIVI

Il presente documento fornisce indirizzi operativi rispetto ai seguenti items:

1. Accesso del paziente e gestione in pronto soccorso
2. Attivazione percorsi fast track
3. Definizione dei tempi per le consulenze e la diagnostica
4. Regolamento di ricovero da pronto soccorso
5. Bed management
6. Gestione del sovraffollamento
7. Definire criteri standard del personale;
8. Indicatori monitoraggio.

DESTINATARI

- Direzioni mediche di presidio;
- Direttori di Pronto Soccorso;
- Direttori di dipartimento di emergenza/urgenza;
- Servizi professioni sanitarie.

1. ACCESSO DEL PAZIENTE E GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO

Il Pronto soccorso è presidiato dai medici dell'emergenza/urgenza, personale infermieristico, OSS ed altro personale dedicato e può avvalersi di altri professionisti secondo necessità.

Il paziente che accede al pronto soccorso viene accolto dall'infermiere del triage che nell'ambito della sua attività assegna il codice di priorità di ingresso quale risultato di una valutazione infermieristica. Nella successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, si dispone degli elementi essenziali per la formulazione del giudizio di gravità clinica del caso. Il tempo intercorrente tra l'arrivo del paziente in ospedale ed il triage infermieristico deve essere tempestivo, possibilmente entro i 10 minuti. Per tali motivi è necessario che l'infermiere di triage sia adeguatamente formato con corso specifico ed abbia a disposizione strumenti operativi ben definiti. Il livello di priorità di ingresso è contrassegnato da un colore, indipendentemente dall'ordine di arrivo in ospedale:

- Codice rosso: in caso di un'emergenza con un paziente in pericolo di vita (compromissione di un parametro vitale);
- Codice giallo: in caso di urgenza con tempi di intervento che devono essere ridotti al minimo (rischio di compromissione di un parametro vitale);
- Codice verde: in caso di urgenza differibile;
- Codice bianco: in assenza di urgenza, il paziente si sarebbe potuto rivolgere al MMG/PLS/CA.

In condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti per i diversi codici gli standard temporali previsti (tempo massimo di attesa). La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di triage, è l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio dei pazienti in attesa, mediante rilievo periodico dei parametri soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute. Il pronto soccorso inoltre devono adottare percorsi specialistici dedicati o fast track direttamente a partire dal triage sulla base della valutazione infermieristica e nel rispetto di protocolli condivisi e specifiche modalità organizzative.

2. ATTIVAZIONE PERCORSI FAST TRACK

Il FAST TRACK o "percorso breve" è una procedura operativa per la gestione intraospedaliera delle prestazioni di Pronto Soccorso per pazienti con patologie minori, ben definite, e con interessamento d'organo o apparato limitato e circoscritto, ricomprese, per definizione, nei codici bianchi e/o verdi.

Tale procedura consiste nella strutturazione di un "percorso veloce" che includa l'attivazione di protocolli condivisi "ad hoc" che, sulla base di criteri di inclusione ed esclusione, avviano il paziente direttamente dalla sede del triage, alla specifica visita specialistica.

Gli obiettivi principali di questo percorso sono:

- ❖ la riduzione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso per quei pazienti che non richiedono prestazioni a carattere di emergenza/urgenza e che, non trovandosi in condizioni di particolare complessità,

possono accedere direttamente alla prestazione specialistica, su valutazione dell'infermiere di triage, attraverso l'applicazione di protocolli condivisi con il personale medico di riferimento;

- ❖ migliorare la qualità percepita dall'utente rispetto al Pronto Soccorso ed al Servizio Sanitario in genere;
- ❖ ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso.

2.1 TIPOLOGIE DI FAST TRACK

Il "fast track" deve essere applicato in tutte le Unità Operative di Medicina e chirurgia di accettazione ed urgenza delle strutture ospedaliere Asur, quale strumento necessario ed indispensabile per migliorare i percorsi intraospedalieri.

In particolare ciascuna Area Vasta dovrà elaborare protocolli condivisi per almeno le seguenti tipologie specialistiche di fast track:

1. Ostetrico/ginecologico
2. Pediatrico
3. Oculistico
4. Otorinolaringoiatrico
5. Radiologico/Ortopedico (limitatamente ed esclusivamente ai piccoli traumi)

2.2 MODELLO ORGANIZZATIVO BASE DI FAST TRACK

I "percorsi brevi" prodotti ed applicati nelle Unità Operative di Medicina e chirurgia di accettazione ed urgenza delle strutture ospedaliere ASUR devono contenere elementi comuni che costituiranno il modello organizzativo di base per la realizzazione dei fast track, al fine di rendere omogeneo ed uniforme alcuni punti salienti del percorso operativo.

La procedura (fac simile in allegato 1.1) dovrà contenere i seguenti steps:

- **Accoglienza del paziente ed assegnazione codice di priorità** ➡ l'infermiere del Triage accoglie il paziente ed effettua la propria valutazione assegnando il codice di priorità bianco o verde;
- **Valutazione della presenza dei criteri di inclusione ed esclusione del fast track** ➡ l'infermiere del triage, definito il codice di priorità, verifica la presenza dei criteri di inclusione e di esclusione consistenti in un elenco di segni e sintomi specifici che costituiscono una "check list" concordata con tutti i referenti sanitari coinvolti in quella fattispecie;
- **Attivazione fast track e presa in carico del paziente** ➡ l'infermiere del triage, una volta valutato in modo positivo la possibilità di attivazione del fast track, compila la check list specifica (fac simile in allegato 1.2) che riporta il nome e cognome del paziente, data ed ora della rilevazione e firma dell'operatore; il paziente viene quindi inviato (accompagnato se necessario da personale infermieristico e/o OSS in base all'organizzazione locale) nell'ambulatorio specialistico di

competenza secondo percorsi ed orari concordati (dove necessario accertarsi della possibilità della presa in carico);

- **Visita specialistica e trattamento** ➡ il medico specialista visita il paziente e decide il suo trattamento (prescrizione esami strumentali, di laboratorio, prescrizione trattamento farmacologico etc.) e/o percorso successivo;
- **Dimissione del paziente e chiusura della pratica a carico dello specialista** ➡ il medico specialista, terminata la visita decide il percorso successivo tra le seguenti opzioni:
 1. Dimissione e chiusura della pratica informatizzata;
 2. Presa in carico per approfondimento diagnostico specialistico;
 3. Ricovero presso la sua Unità Operativa;
 4. Rinvio del paziente in Pronto Soccorso in caso di apertura pratica Inail o se la patologia non è di sua pertinenza.

La flow chart (allegato 1.3) rappresenta il percorso del paziente dal momento del triage, applicazione del fast track, fino alla sua dimissione.

3. DEFINIZIONE DEI TEMPI PER LE CONSULENZE E LA DIAGNOSTICA

Consulenze:

- Contatto diretto con lo specialista attraverso un numero telefonico (cellulare, cordless, dec) dedicato che ogni U.O. deve identificare;
- E' indicato che la consulenza, salvo eccezioni, venga espletata presso i locali del Pronto Soccorso;
- Registrazione informatizzata degli orari di richiesta ed esito della consulenza;
- Tempi di consulenza in relazione alla gravità del caso entro 1h e comunque non oltre le 2 h dalla richiesta; salvo situazioni in cui lo specialista non sia immediatamente attivabile (ad es. le attività con orari definiti di apertura) o per impossibilità di intervenire per gravi ragioni che debbono sempre essere opportunamente documentate dallo stesso.

Diagnostica

E' auspicabile che ciascun DEA di I livello abbia una radiologia dedicata per far fronte alle richieste di esami radiologici in urgenza di primo livello (radiologia tradizionale ed ecografia) e 2° livello (TAC).

Allo scopo di rendere uniforme questo aspetto organizzativo nelle diverse realtà Asur si propone l'erogazione delle prestazioni della diagnostica per immagini secondo uno schema operativo (allegato 1.4) sulla base della priorità assegnata come nella tabella seguente:

Priorità 1:	Priorità 2:	Priorità 3:
Condizioni del paziente <ul style="list-style-type: none"> • Pazienti non autosufficienti con funzioni vitali e parametri non stabili • Pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale. 	Condizioni del paziente <ul style="list-style-type: none"> • Pazienti non autosufficienti con funzioni vitali e parametri stabili 	Condizioni del paziente <ul style="list-style-type: none"> • Pazienti autosufficienti o parzialmente autosufficienti
Lista condizioni cliniche <ul style="list-style-type: none"> • Trauma maggiore • Dispnea e/o O₂ terapia in atto • Parametri vitali alterati • Dolore NRS ≥ 7 • Alterazioni del sensorio • Disturbi comportamentali 	Lista condizioni assistenziali <ul style="list-style-type: none"> • Allettamento • O₂ terapia in atto • Paziente anziano non accompagnato da familiari • Disorientamento spazio-temporale 	
Tempistica refertazione Minor tempo possibile	Tempistica refertazione Entro 1 ora	Tempistica refertazione A seguire alle richieste dei codici gialli e comunque entro 3 ore.

4. Regolamento di ricovero da pronto soccorso

Il medico dell'emergenza/urgenza valuta la situazione clinica dei pazienti che si rivolgono al PS e decide se dimettere o ricoverare; tale processo occupa un arco temporale che di regola non deve superare le 6 ore qualora vengano rispettate le linee di indirizzo del presente documento. La possibilità di osservazione clinica (OBI) è la terza scelta che il medico dell'emergenza/urgenza ha a disposizione nella gestione del paziente acuto, per permettere un migliore inquadramento clinico. L'osservazione consente di migliorare la funzione di filtro, ricoverando solo pazienti che effettivamente necessitano di cure ospedaliere oltre a permettere di evitare dimissioni inappropriate. Il passaggio in OBI non deve rappresentare un'alternativa all'impossibilità temporanea di procedere ad un ricovero ordinario. Qualora si ritenga appropriato il ricovero, il medico dell'emergenza/urgenza dispone lo stesso e decide l'allocazione del paziente, in termini di responsabilità medica e di intensità di cura necessaria. Il tempo intercorrente tra la decisione del ricovero ed il ricovero stesso dovrebbe essere il minore possibile e comunque non superiore alle 2 ore. E' necessario che in ogni presidio ospedaliero venga definito, nella logica di dare la migliore risposta al paziente e considerando l'organizzazione del presidio nel suo insieme, il modello organizzativo adottato per garantire i ricoveri nel setting assistenziale e con la tempistica appropriata e che vengano definiti in uno o più documenti:

- N. posti letto da dedicare ogni giorno ai ricoveri provenienti dal PS per ciascun reparto;
- Tempistica e logistica da adottare per il ricovero (orario comunicazione posti letto, n. pazienti da ricoverare, etc);
- Disponibilità del posto letto di norma continuativa nelle 24 h; durante le ore notturne l'accesso al letto deve comunque essere garantito per i pazienti clinicamente stabili;
- Modalità per la gestione di eventuali ricoveri in sovra numero nei singoli reparti rispetto ai letti disponibili (barelle, letti bis o aggiuntivi, occupazione posti letto in reparti diversi da quelli di attribuzione dei pazienti).

Organizzazione delle attività di ricovero

Le attività di ricovero vengono effettuate sia in regime d'urgenza (da pronto soccorso) che in regime di elezione. Nonostante l'esigenza di garantire l'ingresso dei ricoveri programmati, risulta prioritario valutare le esigenze di ricovero urgenti. I ricoveri in regime ordinario/programmato in area medica vengono gestiti autonomamente dalle singole UU.OO. e devono essere comunicati al Bed Management (BM), vedi § 5, che ne terrà conto nella definizione effettiva della disponibilità complessiva di posti letto. Tali ricoveri devono essere programmati su una percentuale definita dei posti letto effettivi della U.O. tenendo conto che almeno il 10% dei posti letto di area medica (Medicina, Geriatria e Lungodegenza) devono essere dedicati giornalmente ai ricoveri dal pronto soccorso. Per quanto riguarda le specialistiche di area medica (es. pneumologia, cardiologia, etc.) è prevista la disponibilità di un posto giornaliero ogni 10 posti letto.

La disponibilità dei posti letto chirurgici su cui deve essere effettuata l'attività programmata deve corrispondere ad una percentuale definita del n. dei posti letto assegnati al fine di essere in grado di garantire una adeguata risposta all'attività (4% dei posti letto di area chirurgica) non programmabile che deriva dal pronto soccorso.

Secondo quanto detto e tenendo conto dell'attività storica e del fatto che i posti letto delle strutture private/convenzionate rientrano nel computo dei posti letto complessivi, di seguito si riporta la tabella con il numero dei posti letto che ciascuna struttura ospedaliera dovrebbe dedicare al pronto soccorso.

Tab. disponibilità posti letto

Disponibilità posti letto	Urbino	Senigallia	Jesi	Osimo	Fabriano	Civitanova	Macerata	Camerino	Fermo	S.Benedetto	Ascoli Piceno
Area medica (10%)	5	5	6	3	4	4	8	3	5	5	5
Area specialità medica	1	4	4	1	1	1	4	1	4	3	5
Area chirurgica (4%)	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2
Area specialità chirurgiche	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1
Privato/Convenzionato*	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	1
Totale	8	11	13	5	6	7	15	5	13	13	14

*tali posti letto sono soggetti a variazione secondo gli accordi definiti su base annua

Ricoveri urgenti da pronto soccorso

L'attività di pronto soccorso prevede, per il cittadino che accede al servizio, l'identificazione del percorso più appropriato, dopo valutazione ed eventuale trattamento:

- Dimissione con eventuale rinvio al medico curante e/o con attivazione di percorsi di assistenza e cura;
- osservazione;
- ricovero.

Il Medico del PS, completato l'inquadramento clinico della "Persona Assistita", che include anche le consulenze specialistiche indicate per le diverse situazioni, pone l'indicazione al ricovero, identifica l'area di competenza (Area Medica, Area Chirurgica) e la struttura/disciplina di competenza.

Definita l'indicazione al ricovero (o eventualmente all'OBI), in condizioni di disponibilità di posti letto, il medico di PS (referente per i ricoveri preferibilmente il medico dell'OBI/Murge) concorda direttamente con lo specialista di riferimento i tempi e le modalità di ingresso del paziente.

Nel caso in cui non vi siano posti letto disponibili nell'area dedicata (Chirurgica/Medica o, ove possibile, in

altra area dipartimentale), sentito il clinico accettante, il medico di PS fa riferimento al BM (o sostituto)/DMO

che, tenendo conto della situazione complessiva, ricerca una soluzione organizzativa per l'allocazione delle persone da ricoverare utilizzando i posti letto disponibili in altra degenza dell'Area Chirurgica/Medica o altra

area dipartimentale ed in ultimo concorda lo stazionamento (non superiore alle 6 h).

In alcuni casi, i clinici possono prendere in considerazione la possibilità di un eventuale trasferimento in altro

nosocomio in via prioritaria della stessa area vasta.

Piano giornaliero dei ricoveri

Per piano giornaliero dei ricoveri si intende quell'attività che consente di conciliare la domanda giornaliera di posti letto con le disponibilità effettive degli stessi nelle aree di degenza.

- Il piano giornaliero dei ricoveri tiene conto delle effettive disponibilità di posti letto calcolato al saldo delle dimissioni previste, dei trasferimenti interni e dei ricoveri programmati e, compatibilmente alle risorse disponibili, favorendo la disponibilità di posti letto nelle aree di cure intensive, sub-intensive e d'urgenza, con lo scopo di garantire l'idonea collocazione dei ricoveri in urgenza/emergenza;
- Le attività propedeutiche al piano giornaliero dei ricoveri sono effettuate dal BM/Direzione Medica Ospedaliera (DMO) nella fase di monitoraggio dei posti letto durante le mattinata;
- Pertanto, il piano giornaliero dei ricoveri dal pronto soccorso viene di norma effettuato nella fascia oraria tra le 11:00 e le 15:00. In particolari situazioni e, comunque, ogni qualvolta si renda necessario, alcuni ricoveri vengono organizzati prima della fascia oraria stabilita;
- Nella definizione del piano dei ricoveri intervengono: il medico identificato come il medico del PS referente per i ricoveri e il BM /DMO;
- Il medico del pronto soccorso referente per i ricoveri predispone l'elenco dei pazienti da ricoverare o da collocare in OBI per le diverse discipline, con eventuale definizione delle priorità. Una volta definito il fabbisogno, si interfaccia con il BM per definire il programma delle ammissioni.
Il BM contribuisce al piano dei ricoveri con la ricerca di soluzioni organizzative per la migliore allocazione delle persone da ricoverare specie in assenza di corrispondenza tra fabbisogno e disponibilità di posti letto;
- Definito il programma delle ammissioni, il medico referente per i ricoveri trasmette il piano e la consistenza dei letti ancora disponibili (al saldo dei ricoveri previsti dal programma) ai colleghi in servizio nel pomeriggio.

5. BED MANAGEMENT

Ogni struttura ospedaliera deve elaborare un sistema di governance informatizzato per garantire una gestione corretta e tempestiva della risorsa posti letto facilitando l'incontro tra domanda ed offerta, attivando misure correttive o integrative. Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso diversi modelli organizzativi tra i quali l'istituzione della funzione di bed management (BM), soluzione che ha dimostrato efficacia organizzativa in diversi contesti ospedalieri.

Di preferenza tale figura è un infermiere, con capacità organizzative, gestionali, relazionali, di mediazione e conoscenze informatiche, che è in stretta collaborazione con il referente medico di pronto soccorso e che si rapporta con la direzione medica di presidio per gli aspetti organizzativi.

Il sistema dovrà garantire:

- Verifica costante dello stato di occupazione dei posti letto nelle strutture ospedaliere,
- Monitoraggio delle dimissioni giornaliere;
- Gestione delle situazioni di sovraffollamento in Pronto soccorso secondo modalità definite;
- Eventuale ricorso a letti aggiuntivi (barelle, letti bis, occupazione posti letto in reparti diversi da quelli di attribuzione);
- Collaborazione con il territorio per le dimissioni dei pazienti sia dal Ps che dai reparti ospedalieri;
- Reportistica quotidiana dei letti dati/dovuti e di quelli non utilizzati;
- Reportistica mensile.

Le strutture ospedaliere potranno individuare anche soluzioni organizzative come la stanza delle dimissioni (discharge room) o del pre-ricovero (holding units) utili per favorire i percorsi di cura del paziente oltre che a potenziare le attività volte a semplificare le dimissioni/ammissioni e a facilitare i rapporti con il territorio. Una dimissione tempestiva è elemento essenziale per assicurare il corretto funzionamento di tutta l'organizzazione e garantire la disponibilità di risorse in relazione ai percorsi dei pazienti.

La funzione del BM è posta in capo alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero e si avvale anche della collaborazione di tutte le altre figure istituzionalmente coinvolte nei processi di ricovero e dimissione delle persone assistite nelle varie unità di degenza.

Ciascuna struttura ospedaliera definirà l'orario di attività di tale figura sulla base delle necessità organizzative e tenuto conto di quanto stabilito dal piano.

Monitoraggio dei posti letto

Il monitoraggio dei posti letto è effettuato dal BM (o sostituto) attraverso la rilevazione dei posti letto disponibili nell'area medica, nell'area critica e nell'area chirurgica.

Considerato che gran parte dei "movimenti" viene definita dai clinici durante la mattinata, con conseguente liberazione di posti letto nelle prime ore del pomeriggio, la rilevazione dei posti letto disponibili è effettuata dal Bed Manager a fine mattinata (h 12:00/14:00). La valutazione conseguente è il risultato della rilevazione dei posti letti effettivamente occupati (Ricoveri Ordinari e OBI) al saldo dei "movimenti" previsti nella giornata (trasferimenti/dimissioni/ricoveri programmati ed in urgenza).

Carenza di posti letto nel presidio ospedaliero

Valutata la possibilità di ricoveri in appoggio presso altre unità assistenziali dello stesso o di altro dipartimento, in caso di ulteriore ed accertata carenza di posti letto, sentito il BM (o sostituto)/DMO, il medico del PS referente per i ricoveri e lo specialista accettante valutano la possibilità di trasferimento in altro nosocomio o il suo stazionamento in Pronto Soccorso se prevista la disponibilità di un posto letto a breve termine (non superiore alle 6 h).

In caso di carenza di posti letto, concomitante a sovraffollamento del pronto soccorso, si renderà necessario

informare la direzione medica di presidio che valuterà la necessità di attivare misure straordinarie nei modi e nei tempi previsti dal "Piano di Gestione del Sovraffollamento" (PGS).

Continuità di cure Ospedale-Territorio

La prospettiva futura vede le strutture ospedaliere caratterizzate da un sempre più elevato livello di specializzazione nell'erogare un'assistenza sanitaria ai pazienti soprattutto nella fase di emergenza-urgenza o subacuta della malattia, diventa sempre più essenziale disporre di una funzione che possa fungere da

cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale. Le attività di “Continuità di cure Ospedale-Territorio” sono gestite dall’ Unità Valutativa Integrata (UVI) che ha l’obiettivo di garantire continuità delle cure e integrazione ospedale-territorio alle persone ricoverate a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. Per svolgere tali attività si raccorda con le varie professionalità coinvolte nei processi di ricovero e cura dei pazienti che accedono ai presidi ospedalieri.

Poichè la disponibilità di posti letto per il pronto soccorso, nei termini precedentemente esplicitati, poggia largamente sulla possibilità di garantirli è fondamentale che ciascuna struttura ospedaliera condivida un percorso con il territorio che permetta ai professionisti (medico e infermiere) dell’U.O.di area medica/chirurgica di dimettere tempestivamente i pazienti che potrebbero necessitare di una continuità delle cure in un regime assistenziale di minore intensità. Il medico e l’infermiere dell’U.O. tramite l’invio di specifica richiesta informatizzata (SIRTE) attivano il referente dell’UVI che provvedono ad una valutazione precoce (entro 48 h dalla richiesta) del paziente ed identificano l’idonea destinazione in una delle strutture territoriali al momento della dimissione.

Il bed management ospedaliero, collabora con l’UVI allo scopo di garantire continuità delle cure e integrazione ospedale-territorio.

OBIETTIVI

Le dimissioni protette perseguono le seguenti finalità:

- creare una stretta interrelazione tra la fase del ricovero ospedaliero e quella della presa in carico dei servizi territoriali facendo dialogare le varie componenti dell’assistenza sanitaria ottimizzando le prestazioni;
- sviluppare cure alternative/continuative al ricovero ospedaliero che siano efficienti nell’ambito dell’economia aziendale;
- rendere le funzioni ospedaliera-territoriale servizio delle cure intermedie più flessibili ed integrate;
- perseguire l’umanizzazione delle cure;
- facilitare i processi di integrazione tra ospedalizzazione e presa in carico dal servizio delle cure intermedie.

6. GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Il sovraffollamento, fenomeno diffuso in tutto il mondo sviluppato, non è dovuto all’aumento degli accessi, che oramai sono relativamente stabili negli anni, ma al blocco dell’uscita, cioè all’impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti degli ospedali per indisponibilità di posti letto, dopo il completamento della fase di cura in PS. Si tratta pertanto di un problema dei sistemi sanitari che si manifesta nei PS/DEA, ma riguarda tutta la filiera delle cure, dal territorio all’ospedale. Bisogna inoltre tener conto dei possibili ritardi nella gestione del paziente legati alla risposta della diagnostica/consulenze.

Il sovraffollamento del pronto soccorso determina un gradimento ridotto da parte dei pazienti, spesso conseguente alle condizioni precarie di degenza, su barelle e in ambienti (come i corridoi) dove non è possibile garantire la privacy, la comunicazione e la risposta ai bisogni primari (riposo, alimentazione, mobilitazione, igiene personale). Alcuni gruppi sono a maggiore probabilità di stazionamento prolungato in PS prima del ricovero: gli anziani ed i pazienti con patologie mediche (come la polmonite o lo scompenso cardiaco) rispetto ai pazienti con patologie chirurgiche. Nelle situazioni di sovraffollamento il personale medico, infermieristico e di supporto lavora in condizioni ad alto rischio clinico e ad alta probabilità di burn-out, per il sovraccarico operativo, la conflittualità più elevata e l’impossibilità di garantire contestualmente

l'efficacia dell'azione di cura, l'equità ed il rispetto dell'autonomia ai pazienti. I sistemi ospedalieri perdono in efficienza nelle fasi di sovrappollamento dei PS, con peggioramento della funzione di filtro sui ricoveri ed aumento dei tempi di degenza complessivi.

Ciascuna struttura ospedaliera Asur sede di PS/DEA I livello dovrà predisporre un piano di gestione del sovrappollamento (PGS) di pazienti (da distinguere dal PEIMAF) con l'obiettivo di contenere i tempi di permanenza, in situazioni in cui il normale funzionamento dei PS è impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili (fisiche e/o umane) al fine di garantire la tutela e la sicurezza dei pazienti e le condizioni di lavoro del personale in tali situazioni. Tale piano dovrà essere aggiornato almeno una volta l'anno, preferibilmente nei mesi che precedono gli incrementi prevenibili dalla domanda, e monitorizzato in base alla domanda emergente, alla disponibilità delle risorse, all'evoluzione delle variabili organizzative e all'impatto su tutte le attività ospedaliere. Il PGS dovrà contenere:

- ✓ flussi informativi sull'affollamento del PS/DEA (indicatori e/o scores) per esempio uno strumento validato a livello internazionale e che è necessario contestualizzare a livello locale è il NEDOCS-score (National emergency department overcrowding score) (metodo di calcolo in allegato 1.5);
- ✓ soglie di attivazione e responsabili delle risposte organizzative:
 - Direttore medico di presidio ha la Responsabilità sul piano di gestione del sovrappollamento;
 - La responsabilità sugli interventi reattivi a risposta intermedia è in capo a: Direttore Medico di Presidio, Direttore DEA, Direttore PS e Servizio Professioni Sanitarie (SPS);
 - Monitoraggio e verifica mediante il sistema informatico e i riscontri degli operatori: andamento boarding e livello affollamento, carichi di lavoro in PS e nei reparti, impatto sulle attività.
 - Diffusione interna: a cura della Direzione medica di presidio.
- ✓ risposte organizzative:

Interventi proattivi: scelti tra gli interventi sul sistema e sui processi che migliorano l'efficienza delle risposte e consentono di ridurre il ricorso agli interventi reattivi.

Interventi proattivi sull'organizzazione e sui flussi

Attivati stabilmente o in occasione di periodo di prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza:

- Attivazione di percorsi rapidi da triage per patologie specifiche oltre a quelli individuati come minimi da attivare (fast track);
- Definizione di tempi standard orientativi per l'effettuazione delle consulenze e per l'ottenimento dei referti di laboratorio e di diagnostica per immagini, con differenziazione in base al codice di gravità attribuito al paziente e al presunto impatto dei risultati sulla gestione dei casi;
- Attivazione e potenziamento della funzione centralizzata di gestione della risorsa posti letto (bed management);
- Incremento disponibilità per dimissioni protette, con possibilità di attivazione dei percorsi anche dal PS/DEA mediante protocolli di dimissione protetta condivisi con i componenti dell'UVI e le strutture residenziali presenti sul territorio;
- Superamento del blocco di accesso ai posti letto disponibili nei reparti sulla base del sesso del paziente da ricoverare;
- Apertura delle eventuali finestre di accesso ai reparti, con arco temporale per i ricoveri più ampio possibile, nelle strutture con medico presente e con adeguata copertura assistenziale.

Interventi proattivi sulle risorse

Attuati in anticipo rispetto a periodi di prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza.

- Definizione di un piano operativo per l'utilizzo di ulteriori posti letto aggiuntivi approntati all'uopo riconducibili ad una percentuale complessiva dal 3 al 5% sul totale dei posti letto;
- Modulazione dell'impiego dei posti letto ospedalieri in base alla domanda emergente e ai picchi prevedibili di accesso, secondo quanto disposto dal DM 70/2015, garantendo comunque la risposta adeguata a tutte le urgenze ed emergenza (mediche, chirurgiche e traumatologiche) e alle situazioni di elezione non differibili (es. patologie oncologiche e cardiovascolari con tecnologie da sostituire, come pace maker e defibrillatori).
- Modulazione degli organici ed adeguata programmazione dei periodi di assenza del personale.

Interventi reattivi incrementali: scelti tra gli interventi sul sistema a risposta rapida o a risposta intermedia, in base all'organizzazione del presidio e alle risorse attivabili, con indicazione del responsabile dell'attuazione di ogni intervento:

- 1° livello (risposta rapida 1-3h) impiego di posti letto in reparti diversi da quelli di competenza privilegiando l'area dipartimentale (appoggi fuori reparto), senza interferire con le attività elettive programmate risposta attivata dal bed manager/DMO ed eventuali attivazione di risorse aggiuntive in PS/DEA (postazioni, personale);
- 2° livello (risposta rapida 1-3h) impiego di letti aggiuntivi in ospedale secondo il piano predisposto attivato dal bed manager su indicazione della Direzione medica di Presidio senza interferire con le attività elettive programmate;

I sopracitati livelli di intervento vengono attivati in situazioni di sovraffollamento definite in base al superamento di soglie specifiche per gli indicatori adottati in ogni presidio.

- 3° livello (risposta intermedia 1-3gg) :
 - ✓ Assegnazione temporanea di alcuni posti letto da una disciplina ad un'altra all'interno delle aree di degenza;
 - ✓ modulazione/limitazione dell'attività elettiva/ ordinaria e destinazione delle risorse (posti letto e personale) per la cura e l'assistenza dei pazienti da ricoverare in urgenza/emergenza (ipotizzabile solo in caso di sovraffollamento). Risposta attivata dal Direttore Medico di Presidio in condivisione con il SPS, il Direttore DEA, il Direttore PS;
 - ✓ Blocco dei ricoveri non urgenti in elezione, sia in area chirurgica che in quella medica;
 - ✓ Attivazione di degenze temporanee o trasformazione di degenze DS o WS a degenze ordinarie o di degenze chirurgiche a mediche;
 - ✓ attivazione di una funzione centralizzata di gestione della risorsa posti letto ("bed management") dove già non prevista e di eventuali unità di pre-ricovero (holding units) e di pre-dimissione (discharge room).

7. Definire criteri standard del personale

Il numero degli accessi è uno dei criteri utili per definire lo standard di personale necessario in quanto è sempre individuabile ma da solo non esaustivo pertanto non si può prescindere dalla valutazione di altri parametri non sempre facilmente misurabili ma comunque condizionanti l'organizzazione quali la tipologia di ospedale, sede di hub o spoke, e livello di crowding. E' ormai costante la presenza di pazienti in attesa di posto letto costretti a sostare per ore o giorni in Pronto Soccorso. Nella determinazione del numero di

personale si deve pertanto anche tener conto del fatto che spesso un certo numero di pazienti resta a carico del Pronto Soccorso in attesa di un posto letto.

Personale medico

Il riferimento principale per l'identificazione dello standard del personale medico nelle U.O. di medicina e chirurgia e accettazione d'urgenza è il numero degli accessi per anno in Pronto Soccorso. Per calcolare la necessità di personale si considera la durata della visita medica intesa come tutte le attività che ogni singolo medico svolge per ciascun paziente. Non sono disponibili dati scientifici riguardo ai tempi che ciascun paziente richiede in rapporto alla gravità e complessità clinica, ma dalle rilevazioni di dati di attività di diversi PS emerge che il tempo medio che il medico dedica a ciascun paziente si attesta intorno a 25-30 min/pz che corrisponde ad un massimo di 3.000 pazienti/anno. Questo tempo può aumentare se si considera un percorso esclusivo di codici maggiori che può realizzarsi in caso di sede di Hub. Per calcolare la necessità di personale si considera la visita di 2/2,5 pazienti /h in media e un orario annuale medico di 1490 ore lavorate da cui si ottiene un turno base di 6 unità per h 24.

Dopo un'attenta analisi dei documenti disponibili relativi al calcolo del personale standard si è deciso di utilizzare come riferimento, a cui tendere nel tempo, gli standard previsti dalla SIMEU dai quali la situazione rappresentata dai PS presenti nelle strutture ospedaliere dell'Asur non si discosta molto.

Area osservazione Breve Intensiva

L'osservazione breve intensiva (OBI) è riservata a quei pazienti per i quali non è possibile prendere una decisione di esito (dimissione o ricovero) nell'arco delle prime 4-6 ore dall'arrivo al PS e che necessitano pertanto di un periodo più lungo di valutazione per il raggiungimento della massima appropriatezza possibile. E' dotata di 1 posto letto ogni 4.000 accessi alcuni dei quali possono essere monitorati. Il paziente può restare in regime di osservazione fino ad un massimo di 24 ore. Le funzioni cui è riservata tale area sono l'osservazione longitudinale clinico-strumentale, l'approfondimento diagnostico ed il completamento e verifica di efficacia della terapia di urgenza. Tale area deve essere collocata in uno spazio attiguo al PS cui è funzionalmente collegato.

Area degenza della medicina d'urgenza

L'attività della Medicina d'urgenza comprende la gestione, in regime di degenza che non superi le 72 ore di pazienti instabili o a elevato rischio di instabilità che necessitano di un periodo prolungato di stabilizzazione/osservazione prima della decisione riguardo al livello di intensità assistenziale di ricovero. I posti letto per tale attività sono 2 ogni 10.000 accessi di cui almeno 1/3 di alta intensità. La collocazione di tale articolazione organizzativa in area attigua ai locali del PS garantisce la continuità diagnostico-terapeutico in urgenza. La presenza di posti letto Murge richiede un medico aggiuntivo 7 gg/7 di 24 ore per ogni 4 posti letto.

Pronto soccorso sede DEA I livello (Modulo a partire da 25.000 accessi):

- 8 medici di PS + 1 medico ogni ulteriori 3.000 accessi; si prevede un incremento h 12 diurno qualora si superano 35.000 accessi;
- 3 medici (12/24h) per OBI/Murge < 6 postazioni o 6 medici (h24) per OBI /murge compresi tra 6 e 12 postazioni; ogni ulteriore incremento di 6 postazioni comporta un medico h12 aggiuntivo;
- Resta escluso dal calcolo il direttore dell'U.O.

Criticità

Resta la criticità correlata al reclutamento delle unità necessarie a ricoprire in modo adeguato l'attività prevista che ad oggi viene con grande difficoltà garantita pertanto si suggerisce a questo scopo di adottare ulteriori requisiti in subordine a quelli già in uso come avvenuto in altre Regioni (vedi allegato 1.6).

E' inoltre necessario prevedere degli incentivi economici da attribuire per attrarre il personale medico verso le U.O. di medicina e chirurgia di accettazione/urgenza. Si propongono a tal fine le seguenti soluzioni:

- Applicazione del valore economico più alto per la quota variabile dello stipendio di ogni livello contrattuale;
- Definizione di una quota annua permanente da destinare a progetti finalizzati al pronto soccorso;
- Valutare la possibilità del pagamento di prestazioni aggiuntive.

Personale infermieristico

La dotazione del personale infermieristico da destinare al Pronto Soccorso è strettamente legata al numero degli accessi e conseguentemente alla sorveglianza/assistenza degli utenti durante la permanenza negli spazi individuati. Dopo un'attenta analisi dei documenti disponibili relativi al calcolo del personale standard si è deciso di utilizzare come riferimento a cui tendere gli standard previsti dalla SIMEU; pertanto per ciascuna U.O. è necessario prevedere:

- Per il triage:
 - ✓ sotto i 20.000 accessi non è prevista una figura infermieristica dedicata;
 - ✓ tra i 20.000 e i 25.000 accessi deve essere garantita una figura infermieristica h12 dedicata;
 - ✓ oltre i 25.000 accessi va garantita una figura h24; può essere prevista la presenza di un'unità h 12 se gli accessi superano i 35.000;
- Ambulatorio
 - ✓ un infermiere sulle 24 ore per ogni ambulatorio di pronto soccorso; prevedere un ulteriore figura infermieristica h 12 diurna se gli accessi superano i 35.000;
- Osservazione tecnica
 - ✓ per garantire l'assistenza e la sorveglianza clinica dei pazienti in osservazione tecnica fino a 25.000 accessi prevedere una unità infermieristica h12, oltre i 25.000 un'unità infermieristica h24. Tale figura permette la rivalutazione/monitoraggio costante dei pazienti.
 - ✓ L'assetto previsto per l'osservazione tecnica potrà subire variazioni a seconda degli accordi con le CO 118 in merito ai trasferimenti secondari;
- OBI/Murg
 - ✓ Una figura infermieristica sulle 24 ore ogni 8/10 pl di Osservazione breve;
 - ✓ la presenza infermieristica sulle 24 ore garantendo una unità ogni 4 posti letto per la murg.

Per sottomoduli o per ulteriori posti letto si prevede l'utilizzo anche di personale di supporto ad integrazione dell'organico.

Il personale di supporto necessario al funzionamento delle due unità operative va garantito tenendo conto di quella che è l'organizzazione globale della struttura. Infatti a queste figure va ricondotta tutto il supporto all'assistenza alberghiera e la logistica interna.

Le dotazioni di tale personale infatti varieranno a seconda della organizzazione interna al presidio in termini di servizi centralizzati (trasporto pazienti e/o materiali, pulizie e sanificazioni degli ambienti, etc.).

Attesa assistita

Area di stazionamento dei pazienti che devono completare il percorso diagnostico e/o terapeutico e quindi sono ancora in fase di processo e necessitano di assistenza infermieristica e di assistenza alla persona. In quest'area potrebbero trovare collocazione anche quei pazienti che pur avendo completato il percorso diagnostico/terapeutico sono costretti a rimanere in pronto soccorso a causa della mancanza di posti letto ma che assorbono una notevole quantità di risorse. Benchè ogni sforzo organizzativo debba essere fatto per evitare tale situazione, le risorse dovranno essere adeguatamente integrate laddove tale fenomeno risulti particolarmente consistente.

8. Indicatori monitoraggio

E' auspicabile che ciascuna struttura ospedaliera, in attesa dello sviluppo del software gestionale Asur, sia dotata di un sistema informativo aziendale che permetta il monitoraggio quotidiano delle seguenti attività:

- Registrazione al triage
- Prima visita medica
- Eventuale accesso in OBI
- Decisione del ricovero
- Ricovero effettivo

Indicatori da monitorare oltre a quelli già previsti:

- Tempo attesa tra richiesta consulenza ed espletamento della stessa <1h;
- Tempo permanenza medio OBI <24h;
- Tempo degenza media murge <72h;
- Tempo attesa tra decisione di ricovero e ricovero con posti letto disponibile < 2h;
- tempi complessivi di permanenza in PS con aggregazioni distinte per i pazienti ricoverati/dimessi/ammessi in OBI : dall'arrivo alla prima valutazione – dall'inizio della valutazione alla decisione – dalla decisione del ricovero all'invio effettivo in reparto/OBI;
- percentuale di pazienti che si allontanano dal PS prima di essere valutati;
- percentuale di ricoveri dal pronto soccorso.

Allegati

- 1.1 Fac simile fast track
- 1.2 Fac simile check list fast track
- 1.3 Flow chart percorso fast track
- 1.4 Schema operativo prestazioni diagnostica
- 1.5 Metodo di calcolo NEDOCS score
- 1.6 Indicazioni sul reclutamento del personale medico dei servizi di emergenza – urgenza.

Bibliografia

- Steven J. Weiss, MD, Robert Derlet, MD, Jeanine Arndahl, et all “ Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS)” ACAD EMERG MED January 2004, Vol. 11, No. 1;
- Nathan Hoot, MS1, Dominik Aronsky, MD, PhD “An Early Warning System for Overcrowding in the Emergency Department” AMIA 2006;
- Ministero della salute Progetto Mattoni SSN “Pronto soccorso e sistema 118” valutazione del fabbisogno assistenziale del 3/4/2007;
- SIMEU “Standard organizzativi delle strutture di emergenza-urgenza” Ottobre 2011;
- Ministero della salute: documento commissione urgenza-emergenza;
- Regione Piemonte “Fabbisogno di personale ospedaliero 1° bozza” 15/1/2016;
- DM n.70 del 2/04/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedalieri”;
- Società Italiana di Medicina di emergenza urgenza (SIMEU) 7/11/2015 “Piano di sovraffollamento del pronto soccorso”;
- Regione Veneto Deliberazione della giunta regionale n.128/CR del 30/12/2016 “Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – documento metodologico generale e definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto soccorso. Richiesta di parere alla commissione consiliare art.8 comma 1 della L.R. 29 giugno 2012 n.23”;
- Regione Piemonte “Linee di indirizzo per la gestione del percorso del paziente in pronto soccorso” del 28/10/2016;
- Carta dei diritti del PS;
- Deliberazione n.299 seduta del 29/3/2016 “DGR 1893 del 28 Dicembre 2007 Direttiva in materia di Emergenza/Urgenza sanitaria: attivazione dell’osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) nei Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA) e nei Pronto Soccorso Attivi (P.S.A.): modifiche”;
- Bollettino Ufficiale Regione Campania n.54 del 8 Agosto 2016 “Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania” Decreto n.67 del 14/7/2016;
- Policy statement SIMEU “Le unità di terapia subintensiva nella rete ospedaliera italiana” 15/10/2016;
- A.S.L. TO3 “Piano di gestione del sovraffollamento” 30/11/2016;
- A.S.L. TO3 “Regolamento Bed management e procedura di gestione dei ricoveri” 31 Dicembre 2016;

Allegato 1.1

PROCEDURE FAST TRACK

L'avvio di tali percorsi nasce dalla necessità di dare una risposta alla continua crescita di richieste di prestazioni all'U.O. di pronto soccorso in quanto seppur le prestazioni rimangono statisticamente stabili dal punto di vista numerico, la complessità assistenziale è aumentata e con essa anche i tempi di attesa. Tali tempi vanno ad incidere, non tanto sulle urgenze prioritarie e sull'emergenze ma in particolare sulle urgenze minori che normalmente assorbono la gran parte delle risorse.

Il fast track (anche detto percorso breve) non è altro che un accesso prioritario alle consulenze specialistiche o ad alcune prestazioni radiologiche per tutte le urgenze minori che accedono al Pronto soccorso e che affollano la sala d'attesa. Ciò permette all'utente di avere una consulenza specialistica in tempi accettabili determinando un miglioramento del servizio ed un aumento della qualità percepita, tramite una riorganizzazione interna.

Pertanto se l'utente, che accede al Pronto soccorso, dopo valutazione dei segni e sintomi da parte dall'infermiere di triage, rientra nel codice di priorità bianco/verde, negli orari previsti e requisiti del protocollo potrà essere inviato direttamente allo specialista per eseguire la prestazione necessaria ed eventuale chiusura del percorso con dimissione diretta.

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

I "percorsi brevi" prodotti ed applicati nelle Unità Operative dei Pronto Soccorso delle strutture ospedaliere ASUR devono contenere elementi comuni che costituiranno il modello organizzativo di base per la realizzazione dei fast track, al fine di rendere omogeneo ed uniforme alcuni punti salienti del percorso operativo.

PROCEDURA OPERATIVA

La procedura (flow chart in allegato 1.3) dovrà contenere i seguenti steps:

- **Accoglienza del paziente ed assegnazione codice di priorità** ➡ l'infermiere del Triage accoglie il paziente ed effettua la propria valutazione assegnando il codice di priorità bianco o verde;
- **Valutazione della presenza dei criteri di inclusione ed esclusione del fast track** ➡ l'infermiere del triage, definito il codice di priorità, verifica la presenza dei criteri di inclusione e di esclusione consistenti in un elenco di segni e sintomi specifici "check list" concordata con tutti i referenti sanitari coinvolti in quella fattispecie;
- **Attivazione fast track e presa in carico del paziente** ➡ l'infermiere del triage, una volta valutato in modo positivo la possibilità di attivazione del fast track, compila la check list specifica (fac simile in allegato 1.2) che riporta il nome e cognome del paziente, data ed ora della rilevazione e firma dell'operatore; il paziente viene quindi inviato (accompagnato se necessario da personale infermieristico e/o OSS in base all'organizzazione locale) nell'ambulatorio specialistico di

competenza secondo percorsi ed orari concordati (dove necessario accertarsi della possibilità della presa in carico);

- **Visita specialistica e trattamento** ➡ il medico specialista visita il paziente e decide il suo trattamento (prescrizione esami strumentali, di laboratorio, prescrizione trattamento farmacologico etc.) e/o percorso successivo;
- **Dimissione del paziente e chiusura della pratica a carico dello specialista** ➡ il medico specialista, terminata la visita decide il percorso successivo tra le seguenti opzioni:
 1. Dimissione e chiusura della pratica informatizzata;
 2. Presa in carico per approfondimento diagnostico specialistico;
 3. Ricovero presso la sua Unità Operativa;
 4. Rinvio del paziente in Pronto Soccorso in caso di apertura pratica Inail o se la patologia non è di sua pertinenza.

CRITERI INCLUSIONE/ESCLUSIONE

(da definire in ogni presidio ospedaliero)

ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIO SPECIALISTICO

(da specificare in ogni presidio ospedaliero)

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	Infermiere di Triage	Medico PS	Specialista

RIFERIMENTI NORMATIVI

Revisione	data	Redazione	Verifica	Approvazione

Allegato 1.2 CHECK LIST PROCEDURA FAST TRACK

La seguente check list, deve essere compilata dall'infermiere di triage ogni volta che richiede un fast track al reparto di

Ogni passaggio deve essere vidimato spuntando il si o il no. Una risposta negativa annulla la procedura e il/la paziente sarà visitato/a al pronto soccorso. Il presente foglio (auspicabilmente informatizzato) dovrà essere firmato e potrà essere allegato alla richiesta di fast track.

Paziente: Cognome _____ Nome _____

1	Codice di priorità assegnato codice bianco o verde	si	no
2		si	No
3		si	No
4		si	No
5		si	no

Data, ora

L'infermiere di triage



CHECK LIST PROCEDURA FAST TRACK AVAMBRACCIO E GOMITO

La seguente check list, deve essere compilata dall'infermiere di triage ogni volta che attiva il fast track radiologico.

Ogni passaggio deve essere vidimato spuntando il Si o il No. Una risposta negativa annulla la procedura e il/la paziente sarà visitato/a dal medico del Pronto Soccorso. Il presente foglio (auspicabilmente informatizzato) dovrà essere firmato e potrà essere allegato alla richiesta di fast track.

Paziente: Cognome _____ Nome _____

1	Codice di priorità assegnato codice bianco o verde	Si	No
2	Presenza del trauma (rilevata mediante intervista)	Si	No
3	Presenza di tumefazione in corrispondenza della sede del trauma (rilevata mediante ispezione visiva e palpazione superficiale)	Si	No
4	Presenza di dolore spontaneo e/o evocato in corrispondenza della sede del trauma (rilevata mediante intervista e palpazione superficiale)	Si	No
5	Presenza di deformità del profilo anatomico in raffronto comparativo con l'arto controlaterale (rilevata mediante ispezione visiva)	Si	No
6	Presenza di aree edematose in corrispondenza della sede del trauma (rilevata mediante ispezione visiva)	Si	No
7	Presenza di limitazione funzionale alla mobilizzazione della regione articolare interessata dal trauma (rilevata facendo eseguire un piccolo movimento di flesso estensione)	Si	No
8	Assenza di lesioni cutanee profonde nella sede della lesione del trauma	Si	No
9	Presenza di polso arterioso radiale	Si	No
10	In caso di Donna in età fertile assenza dello stato di gravidanza accertata o sospetta	Si	No

Data, ora

L'infermiere di triage



CHECK LIST PROCEDURA FAST TRACK POLSO E MANO

La seguente check list, deve essere compilata dall'infermiere di triage ogni volta che attiva il fast track radiologico.

Ogni passaggio deve essere vidimato spuntando il Si o il No. Una risposta negativa annulla la procedura e il/la paziente sarà visitato/a al pronto soccorso. Il presente foglio (auspicabilmente informatizzato) dovrà essere firmato e potrà essere allegato alla richiesta di fast track.

Paziente: Cognome _____ Nome _____

1	Codice di priorità assegnato codice bianco o verde	Si	No
2	Presenza del trauma (rilevata mediante intervista)	Si	No
3	Presenza di tumefazione sulla sede del trauma (rilevata mediante ispezione visiva e palpazione superficiale)	Si	No
4	Presenza di dolore spontaneo e/o evocato sulla sede del trauma (rilevata mediante intervista e palpazione superficiale)	Si	No
5	Presenza di deformità del profilo anatomico in raffronto comparativo con l'arto controlaterale (rilevata mediante ispezione visiva)	Si	No
6	Presenza di aree edematose in corrispondenza della sede del trauma (rilevata mediante ispezione visiva)	Si	No
7	Presenza di limitazione funzionale alla mobilizzazione della regione articolare interessata dal trauma (rilevata facendo eseguire un piccolo movimento di flesso estensione)	Si	No
8	Assenza di lesioni cutanee profonde nella sede della lesione del trauma	Si	No
9	Presenza di polso arterioso radiale	Si	No
10	In caso di Donna in età fertile assenza dello stato di gravidanza accertata o sospetta	Si	No

Data, ora

L'infermiere di triage



CHECK LIST PROCEDURA FAST TRACK GAMBA E GINOCCHIO

La seguente check list, deve essere compilata dall'infermiere di triage ogni volta che attiva il fast track radiologico.

Ogni passaggio deve essere vidimato spuntando il Si o il No. Una risposta negativa annulla la procedura e il/la paziente sarà visitato/a al pronto soccorso. Il presente foglio (auspicabilmente informatizzato) dovrà essere firmato e potrà essere allegato alla richiesta di fast track.

Paziente: Cognome _____ Nome _____

1	Codice di priorità assegnato codice bianco o verde	Si	No
2	Presenza del trauma (rilevata mediante intervista)	Si	No
3	Presenza di tumefazione sulla sede del trauma (rilevata mediante ispezione visiva e palpazione superficiale)	Si	No
4	Presenza di dolore spontaneo e/o evocato sulla sede del trauma (rilevata mediante intervista e palpazione superficiale)	Si	No
5	Presenza di deformità del profilo anatomico in raffronto all'arto contro laterale (rilevata mediante ispezione visiva)	Si	No
6	Presenza di aree edematose in corrispondenza della sede del trauma (rilevata mediante ispezione visiva)	Si	No
7	Presenza di limitazione funzionale alla mobilizzazione della regione articolare interessata dal trauma (rilevata facendo eseguire un piccolo movimento di prono supinazione)	Si	No
8	Assenza di lesioni cutanee profonde nella sede della lesione del trauma	Si	No
9	Incapacità di caricare il peso subito dopo il trauma e per quattro passi (rilevata facendo eseguire un piccolo movimento di deambulazione)	Si	No
10	In caso di Donna in età fertile assenza dello stato di gravidanza accertata o sospetta	Si	No

Data, ora

L'infermiere di triage



CHECK LIST PROCEDURA FAST TRACK

PIEDE – CAVIGLIA - CALCAGNO

La seguente check list, deve essere compilata dall'infermiere di triage ogni volta che attiva il fast track radiologico.

Ogni passaggio deve essere vidimato spuntando il Si o il No. Una risposta negativa annulla la procedura e il/la paziente sarà visitato/a al pronto soccorso. Il presente foglio (auspicabilmente informatizzato) dovrà essere firmato e potrà essere allegato alla richiesta di fast track.

Paziente: Cognome _____ Nome _____

1	Codice di priorità assegnato codice bianco o verde	Si	No
2	Presenza del trauma (rilevata mediante intervista)	Si	No
3	Presenza di tumefazione sulla sede del trauma (rilevata mediante ispezione visiva e palpazione superficiale)	Si	No
4	Presenza di dolore spontaneo e/o evocato sulla sede del trauma (rilevata mediante intervista e palpazione superficiale)	Si	No
5	Presenza di deformità del profilo anatomico in raffronto all'arto contro laterale (rilevata mediante ispezione visiva)	Si	No
6	Presenza di aree edematose in corrispondenza della sede del trauma (rilevata mediante ispezione visiva)	Si	No
7	Presenza di limitazione funzionale alla mobilizzazione della regione articolare interessata dal trauma (rilevata facendo eseguire un piccolo movimento di prono supinazione)	Si	No
8	Assenza di lesioni cutanee profonde nella sede della lesione del trauma	Si	No
9	Incapacità di caricare il peso subito dopo il trauma e per quattro passi (rilevata facendo eseguire un piccolo movimento di deambulazione)	Si	No
10	In caso di Donna in età fertile assenza dello stato di gravidanza accertata o sospetta	Si	No

Data, ora

L'infermiere di triage



CONSENSO INFORMATO FAST TRACK RADIOLOGICO

Gentile paziente, la sua patologia traumatica prevede nel nostro Pronto Soccorso, la possibilità di effettuare un percorso diagnostico veloce chiamato (Fast Track).

Questa modalità, Le da' la possibilità di effettuare l'accertamento Radiologico di cui necessita, senza essere visitato/a prima dal Medico di Pronto Soccorso, ma direttamente inviato/a dall'Infermiere del Triage, in Radiologia per l'esecuzione dell'esame secondo un protocollo definito e condiviso in ambito sanitario. Effettuata la prestazione radiologica, se l'esito diagnostico strumentale risultasse positivo, verrà inviato/a in consulenza dallo Specialista Medico Ortopedico, se negativo, ritornerà al Pronto Soccorso per la valutazione Medica conclusiva e la chiusura del percorso clinico.

Il presente fast track Le permetterà, quindi, di evitare eventuali lunghe attese prima di essere visitato/a dal Medico, in quanto il suo codice colore di accesso è a bassa priorità.

Diversamente invece dal percorso fast track, se lo preferisse, potrà attendere la valutazione del Medico di Pronto Soccorso che deciderà l'iter diagnostico del suo caso.

Ciò premesso Le chiediamo gentilmente di esprimere il suo consenso al percorso prescelto, attraverso la compilazione delle parti sottostanti:

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ cf _____

- ACCETTO IL FAST TRACK
- ACCETTO PERCORSO TRADIZIONALE

Firma del paziente _____ o del legale rappresentante *

- tutore in caso di persona interdetta,
- amministratore di sostegno
- uno dei genitori (in caso il paziente fosse un minore) che dichiara di avere informato l'altro genitore del percorso proposto e di avere ricevuto parere favorevole allo stesso
- testimone imparziale (esclusivamente nel caso in cui il paziente risultasse impossibilitato a firmare il modulo per impedimento fisico).

Il Direttore UOC

Dr.



INFORMED CONSENS RADIOLOGICAL FAST TRACK

Dear patient, our Emergency Room offers the possibility to evaluate your traumatic pathology through the "Fast Track" diagnostic procedure.

This procedure will allow you to perform the radiological examination that you need without the preliminary visit from the First Aid Physician, but going directly, under the indication of the Triage Nurse, to Radiology for the examination according to a defined and shared protocol within the healthcare field. Once the radiologic examination is performed, if the instrumental diagnostic outcome is positive, you will be sent in consultation with the Orthopedic Medical Specialist, otherwise, you will return to the Emergency Preparedness for Concluding Medical Evaluation and closing the clinical procedure.

Therefore, the Fast Track will allow you to avoid any long wait before being visited by the First Aid Physician, as your access colour code is low priority.

Differently from the illustrated Fast Track procedure, if you prefer, you could wait for the First Aid Physician's assessment to decide the diagnostic route for your case.

We kindly ask you to express your consent to the chosen procedure by filling the following part of the form:

Last Name _____ First Name _____
Country _____ and _____ date _____ of
birth _____ CF _____

- ACCEPT THE FAST TRACK
- DON'T ACCEPT THE FAST TRACK

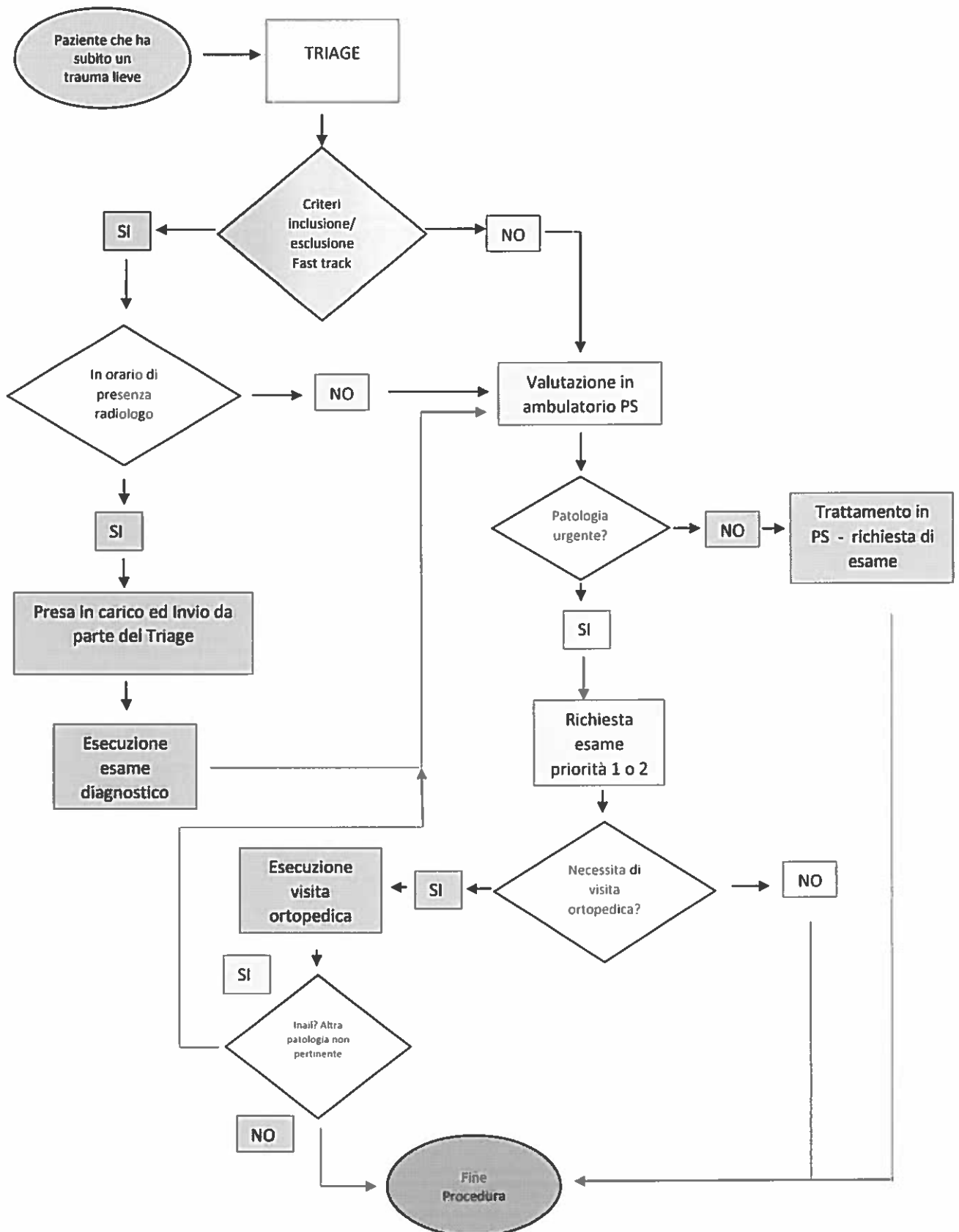
Patient signature _____ or legal representative*:

- tutor in the case of a person who is prohibited;
- support administrator;
- one of the parents (if the patient is a minor) who declares that he has informed the other parent of the proposed route and received a favourable opinion on the same;
- impartial witness (only if the patient is unable to sign the module for physical impediment).

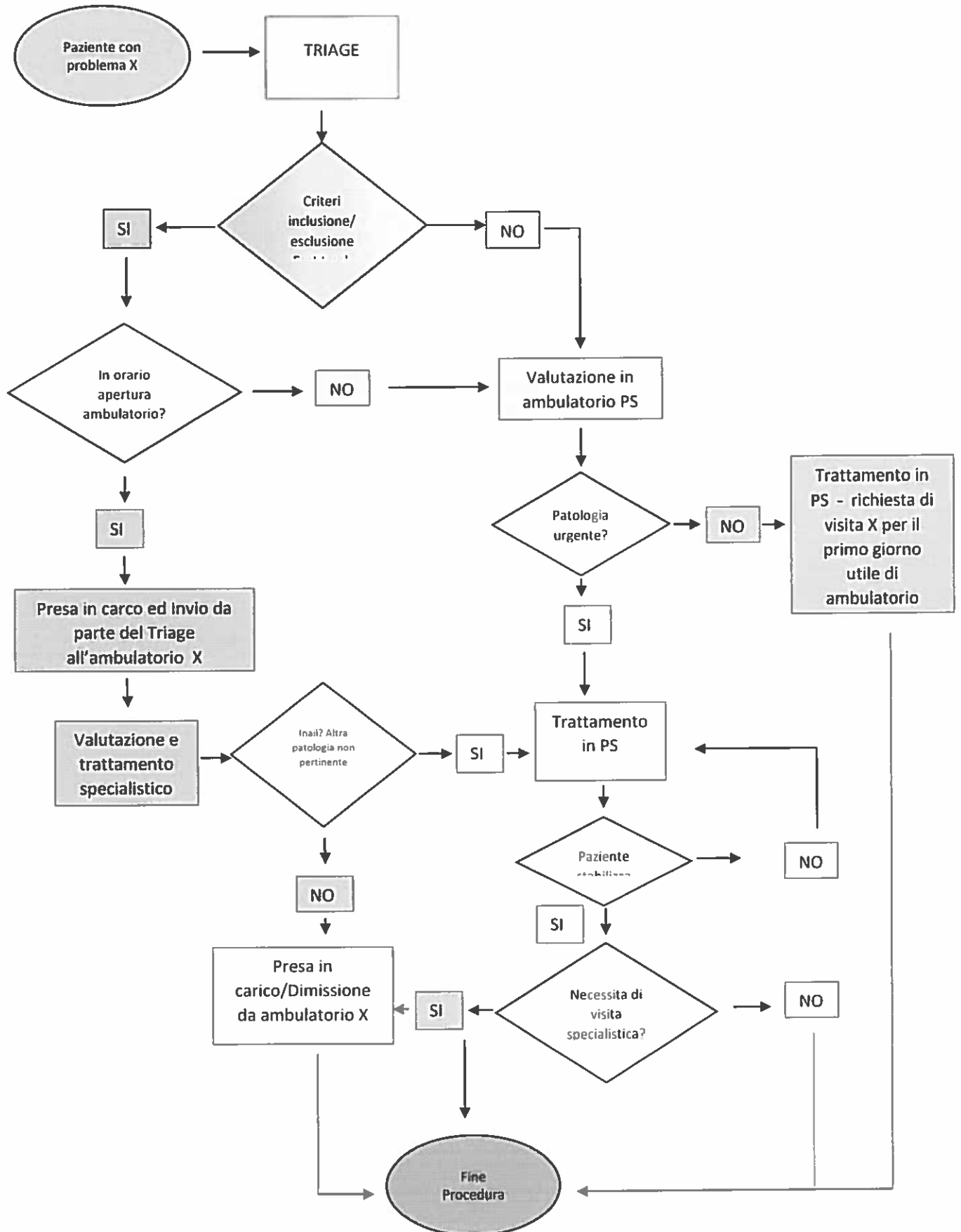
Il Direttore UOC

Dr.

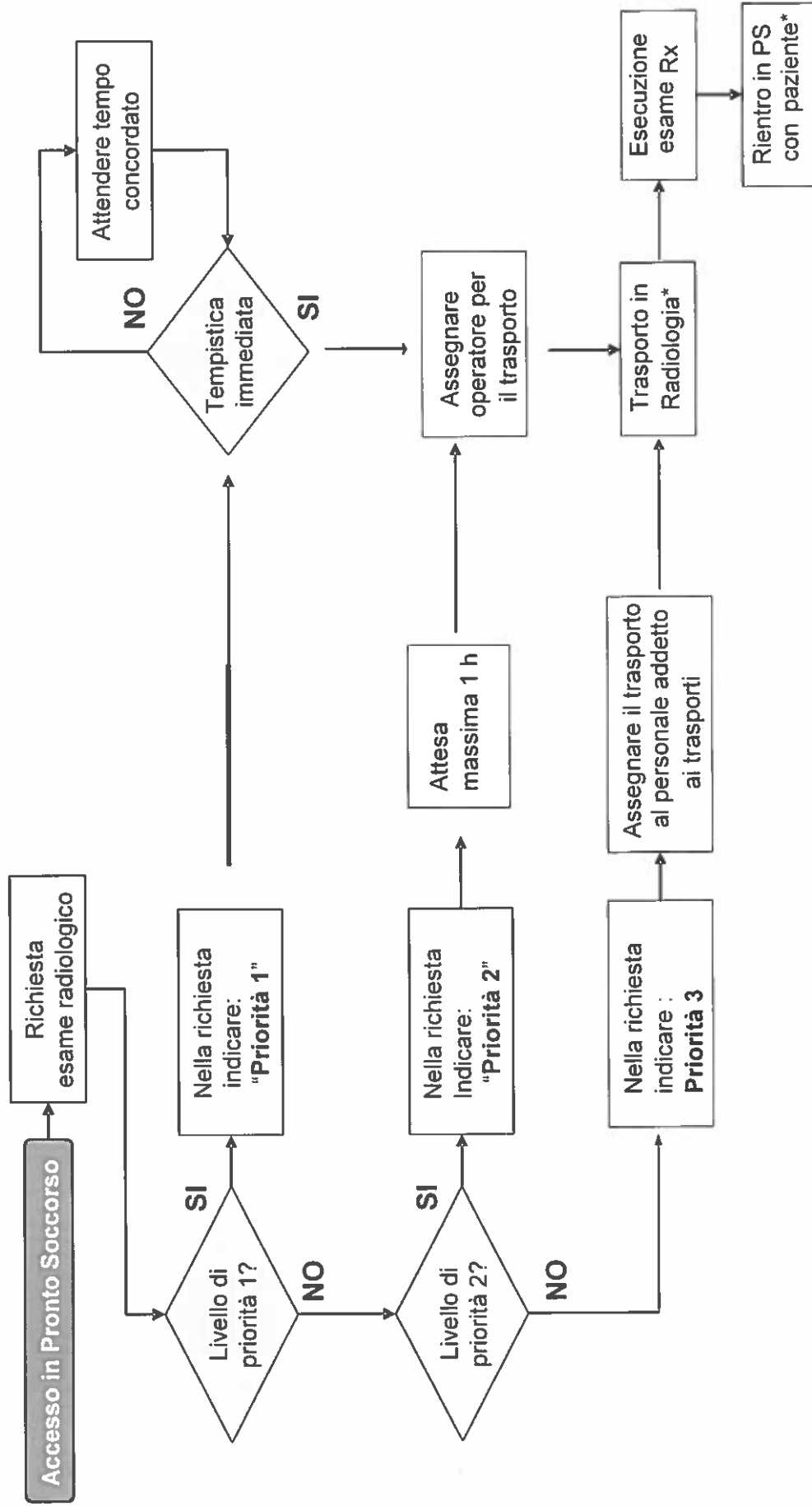
FLOW CHART PERCORSO FAST TRACK RADIOLOGICO



Allegato 1.3 FLOW CHART PERCORSO FAST TRACK



Allegato 1.4 SCHEMA OPERATIVO PRESTAZIONI DIAGNOSTICA



Note

* se Priorità 1: il personale PS attende in radiologia la fine esecuzione esame e rientra in PS anche con risposta

Allegato 1.5 METODO DI CALCOLO NEDOCS score

NEDOCS SCORE

PARAMETRI	
A	N° letti in OT presidiati (barelle/letto ancora disponibili)
B	N° di posti letto in Ospedale (nei reparti in cui è possibile ricoverare da PS ad es: medicina, cardiologia, geriatria, chirurgia, neurologia, etc)
C	N° di pazienti in carico in PS (solo codici G/R/Verdi ad alto impegno)
D	N° di pazienti critici in PS (codici R 1a ora, o pazienti che richiedono procedure rianimatorie o di stabilizzazione o attesa di trasferimento in pl intensivo)
E	Tempo di attesa max per il ricovero (ore) dal momento della decisione
F	N° di pazienti in attesa di ricovero
G	Tempo di attesa max per la prima visita (ore) dalla registrazione in triage all'ingresso in ambulatorio

CALCOLO NEDOCS

$$\text{SCORE} = 85.5(C/A) + 600(F/B) + 13.4(D) + 0.93(E) + 5.64(G) - 20$$

VALUTAZIONE

PS sottoimpegnato	0-20
PS impegnato	21-60
PS molto impegnato	61-100
PS sovraffollato	101-140
PS gravemente sovraffollato	141-180
PS pericolosamente sovraffollato	>180

Allegato 1. 6

RECLUTAMENTO DEL PERSONALE MEDICO DEI SERVIZI DI EMERGENZA-URGENZA

RECLUTAMENTO CON PROCEDURE ORDINARIE

Il reclutamento ordinario del personale medico dei servizi di emergenza-urgenza avviene con pubblico concorso per le assunzioni a tempo indeterminato o con avviso per le assunzioni a tempo determinato.

Le procedure sono disciplinate dal D.P.R. 483/1997 “*Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del SSN*” nonché dal D.M. 30/01/1982 e s.m.i. e prevedono i seguenti requisiti specifici di ammissione al concorso:

- a) laurea in medicina e chirurgia;
- b) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso;
- c) iscrizione all'albo dell'ordine dei medici chirurghi, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando.

In particolare per le assunzioni di Dirigente Medico nella disciplina di Medicina Chirurgia e Accettazione d'urgenza devono essere previsti nei bandi/Avvisi i seguenti Requisiti specifici di ammissioni:

- a) ***Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia.***
- b) ***Specializzazione nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza o in una delle discipline riconosciute equipollenti ai sensi del D.M. Sanità 30.01.1998 e ss. mm.. Ai sensi dell'art. 56, 2° comma, DPR 10.12.1997 n. 483, il personale in servizio di ruolo alla data del 01.02.1998 presso altre UU.SS.LL. o altre Aziende Ospedaliere è esentato dal requisito della specializzazione nella disciplina relativa al posto di ruolo già ricoperto alla predetta data. Ai sensi dell'art. 74 del citato DPR n. 483, la specializzazione nella disciplina può essere sostituita dalla specializzazione in una disciplina affine, se esistente, individuata dal D.M. Sanità 31.01.1998 e ss. mm..***
- c) ***Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi, attestata da dichiarazione sostitutiva di certificazione, anche contestuale alla domanda, indicante: provincia, data di prima iscrizione e numero di posizione nel registro, sottoscritta dall'interessato sotto la propria personale responsabilità.***

RECLUTAMENTO CON PROCEDURE SPECIALI - D.L. 101/2013

a) DPCM 06/03/2015 – Linee di indirizzo Regionali DGRM 247/2016

Il decreto-legge 101/2013 prevede procedure di reclutamento speciale transitorie volte al superamento del fenomeno del precariato ed alla riduzione dei contratti a tempo determinato.

L'art. 4 del predetto decreto –legge 101/2013, rinvia ad un successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, che dovrà stabilire specifiche disposizioni finalizzate anche all'individuazione, dei requisiti per l'accesso ai concorsi del personale medico in servizio presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, con almeno cinque anni di prestazione continuativa, ancorché non in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

In data 06 Marzo 2015 è stato emanato il DPCM *“Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità”* che all'art. 6 comma 4 prevede *“Il personale medico con almeno cinque anni di prestazione continuativa antecedenti alla scadenza del bando, fatti salvi i periodi di interruzione previsti dal decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, presso i servizi di emergenza e urgenza degli Enti di cui all'art. 1, è ammesso a partecipare ai concorsi di cui al presente decreto, ancorché non in possesso del diploma di specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.”*

Le Linee di Indirizzo Regionali approvate con DGRM 247/2016 per l'applicazione del ridetto DPCM 06 marzo 2015 dedica uno specifico paragrafo alla Stabilizzazione del personale medico di Emergenza e Urgenza e prevede quanto di seguito riportato

Il comma 4 dell'articolo 6 del DPCM consente la stabilizzazione del personale medico dei servizi di emergenza e urgenza con almeno cinque anni di "prestazione continuativa" antecedenti alla scadenza del bando ancorché non in possesso del diploma di specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza:'

Considerata la laconicità della disposizione si ritiene utile precisare che:

- *I soggetti ammissibili alle procedure di stabilizzazione in coerenza con le disposizioni del D.L. 101/2013 ed alla luce dei richiami al D.Lgs, 368/2001 ed ai concorsi di cui al presente decreto che riguardano esclusivamente i rapporti di lavoro subordinato, sono solo quelli che hanno maturato cinque anni di servizio con rapporto di lavoro subordinato.*

- *Il termine per bandire la procedura concorsuale, in coerenza con quanto previsto per le altre selezioni, è il 31 dicembre 2018.*
- *Il personale precario eventualmente in scadenza può essere prorogato alle stesse condizioni e con gli stessi limiti stabiliti dall'articolo 4 del DPCM per il personale in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2,*
- *Il personale interessato deve comunque essere in possesso di una specializzazione anche se non equipollente o affine a medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza. In particolare in tale caso trova applicazione il comma 2 dell' art. 6 del DPCM 6/3/2015 che prevede .. Per le finalità di cui al comma 1 costituisce titolo di accesso ai concorsi anche la laurea specialistica () magistrale in biotecnologie mediche, farmaceutiche e veterinarie (classe)/S e LM-91. in biotecnologie agrarie (classe 7¹ S c 1.1-7) in biotecnologie industriali (classe 8¹ S c LM-li). nei limiti di cui ai decreti interministeriali del 28 giugno 2011, dell'11 novembre 2011 e del 15 gennaio 2013. Per le medesime finalità costituisce titolo alternativo al diploma di specializzazione il dottorato di ricerca.*

B) LEGGE DI STABILITA' 2016 (LEGGE 208/2015)

543. In deroga a quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 marzo 2015, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 94 del 23 aprile 2015, in attuazione dell'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125. gli enti del Servizio sanitario nazionale possono indire, entro il 31 dicembre 2017, e concludere, entro il 31 dicembre 2018, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali esigenze assunzionali emerse in relazione alle valutazioni operate nel piano di fabbisogno del personale secondo quanto previsto dal comma 541. Nell'ambito delle medesime procedure concorsuali, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono riservare i posti disponibili, nella misura massima del 50 per cento, al personale medico, tecnico-professionale e infermieristico in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, che abbia maturato alla data di pubblicazione del bando almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi cinque anni con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile con i medesimi enti. Nelle more della conclusione delle medesime procedure, gli enti del Servizio sanitario nazionale continuano ad avvalersi del personale di cui al precedente periodo, anche in deroga ai limiti di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122. In relazione a tale deroga, gli enti del Servizio sanitario nazionale, oltre alla prosecuzione dei rapporti di cui al precedente

periodo, sono autorizzati a stipulare nuovi contratti di lavoro flessibile esclusivamente ai sensi del comma 542 fino al termine massimo del 31 ottobre 2017.