



Dipartimento di Emergenza - Urgenza

PROCESSO DI MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO (P.S.) E MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA (MCAU) ASP TRAPANI

PREMESSA

Il presente documento riguarda le misure da applicare per migliorare e razionalizzare l'uso dei Pronto Soccorso e MCAU dell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Trapani, affinché si pervenga, in tutta l'organizzazione, ad un modello operativo omogeneo che fornisca risposte univoche in ogni Presidio Ospedaliero.

L'Assessorato Regionale alla Salute ha emanato apposite direttive, per i Direttori Generali, che prevedono la riduzione dei tempi di permanenza in PS/MCAU unitamente a linee di indirizzo generali e operative.

Le norme di indirizzo presenti in questo documento risultano funzionali anche al rispetto del sistema di controlli PACA (Piano Annuale dei Controlli Analitici).

1. OBIETTIVO GENERALE

Lo scopo del presente processo di miglioramento è quello di ridurre gli accessi sanitari inappropriati e decongestionare i Pronto Soccorso/MCAU restituendoli alla più corretta funzione, in ossequio alle norme vigenti.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Per la sua articolazione, l'intero percorso coinvolge i seguenti ambiti organizzativi:

- ✓ Unità operative di MCAU/Pronto Soccorso e Accettazioni Sanitarie dei Presidi ospedalieri dell'ASP
- ✓ Direzioni Sanitarie dei Presidi ospedalieri dell'ASP
- ✓ Unità operative semplici e complesse con degenza (anche in Day Hospital/Day Surgery) dei Presidi ospedalieri dell'ASP.
- ✓ Direzioni dei Distretti Sanitari,
- ✓ Ambulatori dei Codici Bianchi e dei Punti di Primo Intervento territoriali
- ✓ Guardie Mediche.
- ✓ Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta,
- ✓ Centro Unico di Prenotazione

2.1) RISORSE DI AMBITO:

- a) **Ambulatori dei codici bianchi:** rappresentano le strutture territoriali cui devono essere inviati i pazienti a bassa criticità/complessità (codici bianchi e parte dei verdi) ove un medico potrà richiedere, se ritenuto necessario, esami e consulenze utilizzando le branche specialistiche presenti nel nosocomio, previo pagamento del ticket o dichiarazione di impegno al suo pagamento;
- b) **Punto di Primo Intervento (P.P.I.):** costituiscono le strutture territoriali cui devono essere inviati pazienti a bassa criticità/complessità (codici bianchi e parte dei verdi) ove un medico potrà richiedere, se ritenuto necessario, esami e consulenze utilizzando le branche specialistiche presenti nel Presidio Territoriale per l'Assistenza (P.T.A.) ove è allocato il

- PPI. Il ricorso a strutture ospedaliere potrà essere attuato solo in caso di chiusura momentanea dell'ambulatorio del PTA o per necessità di programmare un ricovero.
- c) **Guardie mediche:** strutture che assicurano la continuità assistenziale nel territorio provinciale;
 - d) **Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.):** è la struttura ove trattenere i pazienti in attesa di definizione della diagnosi e degli esami richiesti. E' costituita da posti letto tecnici che non possono supplire i posti letto ospedalieri. Secondo normativa ministeriale il paziente non può restare in questi locali se è stata decisa la dimissione o il ricovero. La degenza massima prevista è entro le 24 ore.
 - e) **Medicina d'urgenza:** posti letto, rivolti alla riduzione dei ricoveri, con un tempo massimo di degenza di 72 ore, caratterizzati da DRG come i posti letto ordinari. In atto non sono attivi in azienda come in nessun MCAU provinciale.

3. DESCRIZIONE DEL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO

INTRODUZIONE

Costituisce obbligo normativo ed deontologico per tutti gli operatori sanitari attivarsi al fine di non intasare il sistema di emergenza riservato ai pazienti con caratteri di urgenza/emergenza, che non possono attendere i tempi ambulatoriali in rapporto alla complessità clinica manifesta. È inappropriato e quindi inaccettabile che tali corsie di emergenza vengano intasate da pazienti non urgenti solo al fine di bypassare le liste d'attesa o per ottenere più rapidamente una visita evitando più lunghe trafale e relativi oneri.

Il presente percorso individua atti volti a ridurre gli accessi al PS/MCAU e nello stesso tempo a definire i percorsi, anche alternativi ma sicuramente appropriati, per il paziente che deve ricoverarsi in ospedale.

Il principio alla base di tale processo è che il paziente deve essere preso in carico nel suo bisogno di salute, non deve mai essere lasciato "solo" con il suo star male ma deve, in ogni caso, essere assistito in setting assistenziali idonei e non interferenti con la via dell'urgenza/emergenza.

I motivi di intasamento di un PS/MCAU, che verranno di seguito approfonditi con la definizione delle procedure da seguire in ambito aziendale, sono legati principalmente a:

- 1) afflusso/ accesso di pazienti al pronto soccorso
- 2) tempi di assistenza in sala visita legati al personale disponibile e al carico di lavoro espletato nell'unità di tempo dal personale
- 3) dimissione del paziente per ricovero, per invio/reivio al medico di famiglia/strutture ambulatoriali e territoriali, trasferimento in altro presidio

3.1. AFFLUSSO/ACCESSO DEI PAZIENTI

In ogni PS/MCAU è istituito il servizio di triage, con personale infermieristico opportunamente formato e continuamente aggiornato con almeno 6 mesi di anzianità, la cui prassi operativa viene costantemente monitorata.

Viene utilizzato un sistema a schede multiple basate sull'associazione di sintomi principali e secondari che suggerisce, al termine dell'anamnesi infermieristica un codice di priorità.

Questo sistema di triage, in vigore nel presidio ospedaliero di Trapani dal 1997 e nell'ambito di tutti i presidi dell'ASP dal 2012, risulta ormai ampiamente rodato e ha dimostrato di funzionare efficacemente. Come tale viene mantenuto quale modello di riferimento operativo.

Sono stati stilati appositi protocolli fra Medici e Infermieri di PS con i Distretti sanitari che prevedono l'invio, dal triage al PPI/Ambulatori dei codici bianchi.

a) Invio al PPI/Ambulatorio dei codici bianchi –Fast Track -- Guardia Medica

Compito dell'infermiere addetto al triage è quello di inviare i pazienti portatori di determinati sintomi codificati nell'apposito protocollo aziendale, alle strutture sopra elencate,

purchè codice bianco o al massimo verde. L'infermiere addetto al triage non può stilare una diagnosi, ha il compito di raccogliere l'anamnesi infermieristica, per cui, nei protocolli operativi che riguardano il personale infermieristico non si parla di diagnosi (atto medico), ma solo dei sintomi rilevabili obiettivamente dall'anamnesi patologica riferita dal paziente, previa rilevazione dei parametri vitali..

Si rimanda all'apposito protocollo aziendale sui pazienti da inviare o non inviare al PPI/Ambulatorio dei Codici Bianchi o ai Fast Track attivi (in atto Pediatria e Ginecologia).

In atto non è stato redatto alcun protocollo per l'invio di pazienti in guardia medica, in quanto tale servizio è in fase di riorganizzazione normativa.

b) Contatto con il MMG e PLS

Al fine di prevenire possibili criticità o intervenire su invii inappropriati, nell'interesse sia dell'organizzazione ma soprattutto del paziente, viene il medico di guardia del PS/MCAU o, ancor meglio, il Responsabile del PS/MCAU rappresenta l'interfaccia con i MMG e PLS per un confronto integrato. Spesso infatti si rilevano le seguenti criticità: invio inappropriato di pazienti al PS/MCAU per ricoveri programmabili, problematiche riferite dal paziente, accessi impropri per indisponibilità e/o irreperibilità, riferita da paziente, del MMG/PLS in ambulatorio o più frequentemente a domicilio, invio telefonico, ecc.

Compito del MMG e del PLS è anche segnalare al Responsabile del PS/MCAU eventuali dimissioni inappropriate dal PS/MCAU o altre problematiche verificatesi.

3.2 PERSONALE

a) Organico

L'azienda ha provveduto ad aumentare il numero di personale ausiliario, degli operatori socio sanitari e del personale infermieristico in tutti i PS/MCAU aziendali e provvederà a completare, nel minor tempo possibile le piante organiche previste.

Sotto l'aspetto sanitario è stata nominata la commissione per l'esame delle domande di mobilità, a fine Giugno, primi di Luglio sarà pubblicato il bando per incarichi a tempo determinato.

Si resta in attesa dell'autorizzazione dell'Assessorato alla Salute per copertura dei posti liberi con personale a tempo indeterminato.

A breve sarà emanato il bando per posti di dirigente medico liberi c/o il MCAU di Pantelleria, sia sotto forma di dirigenti medici dipendenti a tempo indeterminato sia per convenzioni.

b) Monitoraggio attività del Personale

E' inaccettabile che ci siano medici e, di conseguenza, sale visita di PS/MCAU libere mentre ci sono pazienti in sala d'attesa già triagiati. Compito di ogni responsabile di PS/MCAU è evitare che ciò avvenga e monitorare l'attività di tutto il personale disponibile.

A tal scopo il supporto informatico permette di conoscere:

- Pazienti visitati per medico (complessivo su arco temporale o su fasce orarie)
- Numero di pazienti lasciati ad altro sanitario per cambio turno
- Modalità di dimissione
- Esami richiesti
- Terapie praticate

Semplificando, il sistema permette di scoprire eventuali nicchie di inefficienza come anche problematiche di carattere medico legale.

Costituisce direttiva della direzione strategica a tutto il personale della dirigenza medica il divieto di consegnare direttamente al paziente qualsiasi documentazione relativa ad esami clinici o strumentali richiesti dal Pronto Soccorso in fase di accertamento diagnostico, fatto salvo il caso in cui il paziente venga inviato in ricovero programmato presso programmato in altri Presidi Ospedalieri Aziendali e non).

Su richiesta dell'interessato, eventuali copie degli esami clini e/o strumentali effettuati saranno fornite dai competenti Uffici Rilascio Cartelle Cliniche secondo procedura aziendale.

3.3 DIMISSIONE DEL PAZIENTE dal PS/MCAU

Un paziente visitato in PS viene dimesso principalmente sotto tre voci:

- ✓ dimesso ed inviato al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
- ✓ ricoverato in reparto di degenza
- ✓ trasferimento in altro presidio ospedaliero

L'assenza di posti letto o l'impossibilità di ricoverare rappresenta il principale motivo di ritardi nell'accesso alle cure ospedaliere.

Infatti il paziente non ricoverabile resta in carico al PS/MCAU e il medico di guardia e gli infermieri devono suddividere il proprio tempo assistenziale fra questi pazienti, destinati al ricovero quando sarà possibile, certamente urgenti e i pazienti presenti in sala d'attesa che devono essere visitati.

Entrambe le categorie di pazienti sono a rischio di peggioramento delle condizioni cliniche, fino alla morte ed è necessario ridurre i tempi di attesa al minimo.

La Regione Siciliana ha fissato in una percentuale massima del 5% l'ammontare dei pazienti che possono superare le 6 ore di permanenza in PS/MCAU.

Il tempo iniziale per tale calcolo è rappresentato dal momento del contatto con il triage, il tempo finale quello di dimissione (ricovero, invio al medico curante, trasferimento).

È stato fissato in un tempo massimo di 24 h quello della permanenza in PS/MCAU, il calcolo dei tempi è quello sopra descritto.

Come specificato al punto precedente, compito del Responsabile dell'U.O. PS/MCAU è quello di monitorare l'attività del personale da lui diretto.

Parimenti dovrà sorvegliare che vengano omogeneamente applicati i criteri di appropriatezza selettiva per dimettere il paziente dal PS verso il setting assistenziale più congruo.

3.4 RICOVERO

Il paziente che deve ricoverarsi in ospedale ha sostanzialmente due modalità di ricovero:

- Programmato
- Urgente

I ricoveri *programmati* possono, a loro volta, essere distinti in :

A. Ricovero programmato in Day Hospital/Day Service o in pacchetto ambulatoriale Day Service

L'accesso a un ricovero programmato in DH/DS deve avvenire esclusivamente dopo visita ambulatoriale nella disciplina di appartenenza e deve da questa essere inserita in lista di attesa.

B. Ricovero Programmato in regime Ordinario

Il ricovero ordinario può avere caratteristica di urgenza o emergenza.

Il ricovero per patologia non urgente deve essere programmato dall'ambulatorio divisionale.

Il MMG e il PLS dovranno redigere apposita richiesta di visita ambulatoriale motivando la richiesta e specificando il motivo del ricovero oltre alla branca specialistica ove ricoverare il paziente (come da protocollo aziendale sui ricoveri non urgenti).

Il CUP provvederà alla prenotazione e riscossione del ticket (se dovuto) e la visita dovrà avvenire nel più breve tempo possibile (prima seduta ambulatoriale utile, con prenotazione, anche, in sovrannumero, se necessario).

Nel caso di errata presentazione diretta in PS/MCAU, il triagista o il medico di tale struttura invierà al PPI o all'Ambulatorio dei Codici Bianchi o al MMG o al PLS per la compilazione dell'apposita richiesta di visita specialistica, come prima specificato. Al fine di contenere al minimo tali eventualità i Direttori dei Distretti Sanitari inviteranno per iscritto i medici di base convenzionati e i pediatri di libera scelta ad attenersi a quanto previsto.

Lo specialista dell'ambulatorio divisionale, dopo aver visitato il paziente, stabilirà il regime di ricovero più appropriato.

C. Ricovero Urgente

L'Assessorato alla Salute descrive come foriero di aggravamenti e causa di esiti negativi, fino alla morte, lo stazionamento del paziente urgente destinato al ricovero in PS/MCAU, in quanto determina ritardo nell'accesso alle cure specialistiche.

A tal fine viene definito il seguente iter procedurale, che costituisce disposizione della Direzione Aziendale:

C1) Ricovero in unità operativa presente nel nosocomio ove insiste il Pronto Soccorso

- Il paziente con caratteristiche di urgenza/emergenza che si deve ricoverare, di norma, viene visitato in P.S. e il medico di PS/MCAU stabilirà sia sulla reale necessità di ricovero sia sulla destinazione del paziente.
- In tale operazione dovrà, ove possibile, farsi assistere dagli specialisti presenti nel nosocomio o richiedere consulenze anche in branche non presenti nel nosocomio, secondo i protocolli vigenti (prendendo appositi accordi con il consulente, stilando la richiesta di consulenza e facendo in modo che il paziente non transiti dal PS/MCAU dell'ospedale del consulente, nel rispetto della normativa di riferimento nazionale.....).
- Nel caso di parere discordante, documentato, fra due o più consulenti, il medico di guardia del P.S. deciderà autonomamente sulla destinazione del ricovero.
- Tutti i Responsabili delle Unità Operative di ricovero (ordinario, DH e DS) dei presidi ospedalieri dell'ASP hanno l'obbligo di liberare i posti letto nei tempi più brevi possibili, compatibilmente con le condizioni cliniche dei pazienti.
- I medici di P.S. devono effettuare un filtro efficace sui ricoveri.

Nel caso di mancanza di posti letto nell'U.O. di destinazione il medico di guardia del PS/MCAU dovrà attuare le azioni di seguito descritte:

- 1) contattare almeno 3 analoghe unità operative di ospedali vicini aziendali e non, prioritariamente pubblici ma anche privati accreditati, riportando sul verbale di PS le unità operative contattate, i relativi medici o, in assenza del medico, i relativi infermieri che hanno risposto e l'ora di contatto telefonico.
- 2) Nel caso di mancanza di posti letto negli ospedali contattati, essendo prioritaria la salute del paziente, questo sarà ricoverato, prioritariamente sul posto letto libero in altra unità operativa del nosocomio sede del PS/MCAU, afferente allo stesso Dipartimento di quello destinatario del ricovero.
- 3) In assenza di posti letto di cui al punto 2, il paziente sarà ricoverato in barella, previa accettazione da parte del paziente o di chi lo accompagna, nel caso lo stesso sia impedito nell'esprimere consenso. La barella dovrà avere dimensioni simili a quelle di un letto (almeno cm75x200), essere fornita di spondine e sistema che permetta al piano letto di essere sollevato. La barella non potrà essere collocata nei corridoi o al di fuori del dipartimento competente né posta in aree che possano intralciare le operazioni di soccorso.

- 4) Nel caso di ricovero in barella, in qualsiasi postazione dell'ospedale, a partire dall'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), il paziente sarà tenuto nella barella posta con il piano letto nella posizione più bassa possibile e sollevato solo per il tempo necessario alle operazioni sanitarie (pulizia, terapia, esami, trasporto, ecc.)

C2) Ricovero da PS il cui Presidio Ospedaliero risulta privo della specialità necessaria al paziente.

Il medico del PS/MCAU è tenuto a eseguire l'iter procedurale di seguito descritto:

- 1) stabilita la necessità e l'urgenza del ricovero contatterà l'unità operativa dell'ospedale di riferimento;
- 2) se è presente il posto letto invierà, in regime di consulenza, il paziente a tale unità operativa e il consulente stilerà la modulistica per il ricovero se concorda con l'indirizzo dato dal medico inviante, ovvero, se in disaccordo, contatterà tale medico per stabilire l'iter da seguire. In nessun caso dovrà essere coinvolto il PS/MCAU dell'ospedale cui è stato inviato il paziente in consulenza;
- 3) se non è presente posto letto libero, contatterà almeno 3 ospedali con la specialità necessaria alle cure o specialità affine. Se in tali ospedali è presente il posto letto libero si comporterà come al punto 1 e 2;
- 4) se non è presente il posto letto libero negli ospedali contattati, documenterà i contatti presi (nome del medico, ora di chiamata), ricontatterà l'ospedale di riferimento (di cui al punto 1) e il paziente sarà inviato, previa comunicazione all'unità operativa, che si comporterà come nel caso di mancanza di posto letto di cui al precedente punto C1 punto 3.
- 5) Qualora il medico del centro di riferimento che accoglierà il paziente ritenesse necessario l'acquisizione di ulteriori esami clinici/strumentali o consulenze specialistiche, dovrà fare riferimento al medico che richiede il trasferimento, che provvederà a farli eseguire prima della partenza del paziente. Una volta in viaggio o giunto al reparto ricevente, eventuali esami o consulenze saranno a carico dello specialista che ha autorizzato l'invio del paziente.

Nel caso di ricovero in barella il medico che dispone il ricovero farà firmare il consenso informato secondo normativa di legge al paziente.

In nessun caso si potranno effettuare ricoveri in barella o in letti aggiunti se non sono disponibili le attrezzature necessarie per il trattamento o il monitoraggio del paziente (es.: dialisi, monitoraggio dell'attività cardiologica, ventilatori polmonari)

3.5. SITUAZIONI PARTICOLARI:

A) Ricovero urgente da ambulatorio ospedaliero (e richiesta di ulteriori consulenze/esami)

Nel caso in cui il medico dell'ambulatorio specialistico ospedaliero decida di ricoverare un paziente ivi visitato, provvederà a compilare la modulistica per il ricovero e mandarla all'Accettazione Sanitaria nelle ore di apertura di tale ufficio, barrando la casella ricovero urgente (se necessario).

In ogni caso non invierà mai tali pazienti in PS per far eseguire esami o consulenze.

Nel caso di pazienti visitati ambulatorialmente, gli esami/consulenze dovranno essere eseguiti ambulatorialmente e lo stesso specialista provvederà a compilare la richiesta da far autorizzare dal CUP, barrando, se necessario, la casella urgente e contattando, in questo caso, il consulente o il servizio che dovrà eseguire la prestazione.