



Indicazioni operative per l'efficientamento del modello organizzativo di Pronto Soccorso

Premessa

I dati regionali estratti dal sistema informatico regionale (datawarehouse) evidenziano che negli ultimi 3 anni nei Pronto Soccorso del Veneto è stato registrato un progressivo e significativo incremento degli accessi totali stimabili intorno al 3,8% pari a 59.405 accessi di cui il 2 % relativo all'ultimo anno esaminato. L'analisi dei medesimi dati suddivisi in due *macro- categorie* in relazione all'attribuzione del codice di triage d'accesso *pazienti non critici* (codici bianchi e verdi) e *pazienti critici o potenzialmente critici* (codici rossi e gialli) ha permesso di evidenziare che l'incremento numerico maggiore risulta attribuibile all'accesso dei pazienti con patologie critiche o potenzialmente critiche, con un incremento del *13,6% negli ultimi 4 anni*, mentre rimane sostanzialmente invariato il numero degli accessi per i codici verdi e bianchi.

Nonostante questo incremento degli accessi riguardanti per la quasi totalità dei casi la macro-categoria dei pazienti critici, non si è rilevato un corrispondente incremento della percentuale dei ricoveri che invece è rimasta stabile dal 2014 e si aggira come media regionale attorno al 14% a conferma dell'impegno costante da parte di tutti i PS di riservare i posti letto per le patologie realmente acute e dell'appropriatezza dei ricoveri. Valutando poi i pazienti con più di 75 anni si rileva come la loro percentuale di accesso si aggira intorno al 20% del totale ed è in progressivo aumento (del 1,5 % negli ultimi 4 anni) soprattutto in relazione alla *macro-categoria dei pazienti potenzialmente critici*.

E' stata eseguita una rilevazione di tutto il personale sanitario in servizio che ha evidenziato una carenza di medici significativa nell'ambito della regione. Per garantire la continuità di servizio si è ricorsi anche all'utilizzo di personale medico esterno senza ottenere, in alcuni casi, una totale copertura dei posti vacanti e non riuscendo sempre a garantire una risposta operativa in linea con le performance richieste.



3c94d409



Linee di azione per l'efficientamento del modello organizzativo del Pronto Soccorso

In relazione alle criticità emerse nel corso dell'analisi effettuata ed ai risultati di sperimentazioni organizzative, attuate in 5 centri della Regione Veneto, nell'ottica di migliorare in particolare la qualità delle cure al cittadino e ridurre i tempi di attesa si ritiene necessario:

- regolamentare l'accesso alle cure dei pazienti mediante la definizione di percorsi omogenei a partire dal codice di priorità, migliorando la stratificazione del rischio e la gestione dei codici minori;
- definire precisi tempi infermieristici e tempi di accesso alla visita medica;
- differenziare il livello di intensità di cura;
- ridefinire gli ambiti di attività del personale infermieristico prevedendo percorsi formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze richieste;
- rimodulare gli indicatori di performance di PS e definire indici di valutazione di tutti i servizi che interagiscono e condizionano l'attività di PS (es. tempi di erogazione delle consulenze).

Pertanto si prevede di introdurre in tutti i PS le seguenti attività:

Introduzione del quinto codice colore e numerico di priorità

L'introduzione del quinto codice di priorità ha l'obiettivo di migliorare la stratificazione del rischio del paziente potenzialmente critico mediante l'utilizzo di discriminatori fisici (sintomi), anamnestici e strumentali (*triage avanzato per il paziente potenzialmente critico*) e di differenziare il percorso appropriato da attivare in base alla intensità di cure necessaria per assicurare le risorse di personale, logistiche e l'individuazione delle aree di permanenza e dei tempi di presa in carico medica. L'introduzione del triage avanzato di presa in cura infermieristica (PIC), per i pazienti non critici, ha l'obiettivo di facilitare i flussi e la gestione di questi pazienti riducendo i tempi di accesso alle cure e i tempi di permanenza prevedendo percorsi a intermedia/ bassa intensità di cure al fine di ottimizzare la distribuzione delle risorse umane strumentali e logistiche.



3c94d409



L'attribuzione del codice di triage d'accesso e i relativi tempi di attesa devono essere previsti secondo quanto di seguito riportato :

Attribuzione Codice di priorità	Definizione	Tempi di attesa
1	Interruzione o compromissione delle funzioni vitali in atto	Accesso immediato
2	Condizione stabile con alto rischio evolutivo (<i>definito con i discriminatori</i>)	PIC entro 10 minuti visita medica entro 15 minuti dalla PIC
3	Condizione stabile con basso rischio evolutivo (<i>definito con i discriminatori</i>) o con possibile danno d'organo	PIC entro 15 minuti visita medica entro 45 minuti dalla PIC
4	Condizione stabile senza rischio evolutivo con alto grado di sofferenza	PIC e gestione del dolore entro 30 minuti visita medica entro 60 minuti dalla PIC
5	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	PIC entro 30 minuti visita medica entro 60 minuti dalla PIC

Legenda. PIC presa in cura infermieristica

La risposta operativa, intensità di cure, area di permanenza, in relazione al codice di triage deve essere effettuata secondo quanto di seguito riportato:

Codice di priorità Risposta operativa	Tempo di presa in cura infermieristica* Triage avanzato	Tempo di presa in cura medica dalla presa in cura infermieristica	Intensità di cure	Area di permanenza
1	0 minuti	0 minuti	Alta	ROSSA
2	10 minuti	15 minuti	Alta	ROSSA
3	15 minuti	45 minuti	Intermedia	GIALLA
4	30 minuti con attivazione protocollo di gestione del dolore (<i>candidabili percorsi veloci e percorsi brevi</i>)	60 minuti	Intermedia/ bassa	VERDE (<i>candidabili percorsi veloci e percorsi brevi</i>)
5	30 minuti (<i>candidabili percorsi veloci e percorsi brevi</i>)	60 minuti	Bassa	VERDE (<i>candidabili percorsi veloci e percorsi brevi</i>)

*modello attuabile con la seguente integrazione per la macroattività triage avanzato o incrementando delle unità riportate la macroattività triage già prevista dalla DGR 245/2017.

L'attività di triage avanzato con la presa in cura infermieristica risulta essere determinante per implementare questo nuovo modello organizzativo che ha l'obiettivo di migliorare la stratificazione del rischio per i pazienti critici e facilitare il percorso con la riduzione dei tempi di attesa e di permanenza dei pazienti non critici. A tal propositivo si propone di integrazione di quanto già previsto dalla DGR 245/2017 "**Definizione di Valori Minimi di Riferimento per il Personale dei Pronto Soccorso**" con questa macroattività per la quale si dovrebbe prevedere la presenza di almeno un infermiere dedicato h 24 nei Pronto Soccorso con un numero di accessi > di 20.000 e un incremento proporzionale in relazione alle fasce di accessi già previste dalla delibera come di seguito riportato:



3c94d409



Piani di Lavoro per presidio di Riferimento: Turno Minimo di riferimento Personale infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso, per l'attività di Triage Avanzato, integrazione DGR 245/2017

	Classe di accessi	>80.000	50.000-80000	30.000-50.000	20.000
mattina	Triage avanzato (presa in cura infermieristica)	3	2	2	1
pomeriggio	Triage avanzato (presa in cura infermieristica)	3	2	1	1
notte	Triage avanzato (presa in cura infermieristica)	2	1	1	0

Formazione triage avanzato

Il triage avanzato definisce, in modo più accurato, il nuovo ruolo che viene richiesto al personale infermieristico. L'aspetto formativo sia degli istruttori di triage d'accesso che del triage avanzato è stato già programmato dal CREU per l'aspetto tecnico-scientifico. Entro maggio 2020 il metodo sarà diffuso tramite la promozione della formazione presso tutte le Aziende/ULSS del Veneto con la supervisione CREU e le modalità già previste dalla DGRV 1888/2015 a rettifica della quale, nell'ottica applicare sistematicamente nel minor tempo possibile il triage avanzato in tutti i PS, si raccomanda l'introduzione al percorso formativo tutti gli infermieri operanti nei PS a prescindere dall'esperienza lavorativa maturata. L'obiettivo da raggiungere è quello di omogenizzare il più possibile la corretta applicazione dei codici colore e dei tempi di gestione degli stessi in concerto con l'approvazione del nuovo capitolato informatico che permetterà l'inserimento delle necessarie modifiche.

Ampliamento dei percorsi veloci e dei percorsi brevi

L'utilizzo dei **percorsi veloci** (*invio già dal triage di patologie mono-specialistiche in consulenza mediante protocolli predefiniti*) ha consentito di migliorare la presa in carico dei pazienti migliorando il grado di appropriatezza e riducendone l'attesa.

L'introduzione di **percorsi brevi** (*fase iniziale di presa in cura da parte dell'infermiere dei codici minori*) in cui, in base a protocolli predefiniti e concordati, si preveda l'esecuzione di alcuni accertamenti ai pazienti prima delle visita medica all'esclusivo scopo di trasformare il tempo di attesa in tempo di cura, consentirà un ulteriore miglioramento nella gestione del percorso ed un migliore utilizzo delle risorse.

L'integrazione di questo modello organizzativo presuppone uno sviluppo delle competenze infermieristiche, una maggiore valorizzazione del ruolo dell'infermiere mediante la gestione dei pazienti che accedono per codici minori attraverso protocolli specifici che individuano in maniera definita i margini di autonomia. Si promuove la valorizzazione delle competenze esperte infermieristiche, previa adeguata formazione complementare regionale, in sinergia con il CREU, e rilascio di attestazione di competenze avanzate.



3c94d409



Gestione precoce del dolore per i codici verdi

La gestione del dolore, nei pazienti in codice verde con alto grado di sofferenza, sulla base di protocolli concordati e condivisi rappresenta un ulteriore passo verso il miglioramento dell'umanizzazione delle cure.

Devono essere pertanto definiti protocolli a livello regionale per la gestione diretta da parte del personale infermieristico di tale attività, nel rispetto di quanto sopra riportato circa la valorizzazione del ruolo infermieristico nell'ambito di protocolli concordati e condivisi.

Responsabile dei percorsi veloci/ brevi e della gestione dei flussi dei pazienti

In linea con quanto già previsto dalla DGRV 74/2014 allegato A punto 6.4 al fine di facilitare la gestione dei flussi interni ed esterni al PS si prevede la presenza di un medico nei turni diurni nei PS con un numero di accessi > 50.000/anno che coordini le attività del personale infermieristico nella gestione dei percorsi veloci e dei percorsi brevi, che si occupi di monitorare la distribuzione dei ricoveri nel rispetto del trend come da DDR 119/2018 e si faccia carico di eventuali criticità soprattutto organizzative e gestionali nei rapporti con i colleghi di tutti i reparti.

Percorso dedicato ai pazienti anziani fragili

Il Pronto Soccorso per le sue caratteristiche intrinseche è poco adatto alla gestione dei pazienti anziani in condizioni di fragilità (presenza di comorbidità, terapie croniche complesse, decadimento cognitivo e funzionale, scarso supporto sociale e familiare). Infatti l'ambiente dedicato alla gestione di casistica urgente rende il percorso diagnostico e terapeutico dell'anziano fragile difficile e spesso non ottimale. La D.G.R.V. 1888/2015 dispone l'attuazione di un percorso dedicato che tenga conto dei bisogni socio-sanitari di questi pazienti. Si ritiene pertanto che le soluzioni sotto riportate, condivise dal CREU con i Direttori di PS, possano rappresentare una risposta ai problemi riscontrati nella gestione dei pazienti anziani fragili non critici:

- Identificazione precoce al Triage anche con acronimo informatico (**A.V.FRA.**) (per i codici verdi e bianchi del paziente anziano fragile mediante domande ad hoc e criteri che si allineano alla letteratura internazionale,
- accesso con priorità relativa (accesso prioritario a parità di codice colore);
- attesa protetta (con la presenza di un accompagnatore e in un area facilmente visibile al personale con eventuale utilizzo di dispositivi atti a garantirne la sicurezza);
- invio precoce nella specifica area di degenza, o rapida consulenza del geriatra in PS (entro 60 minuti dalla presa in carico medica) dopo aver escluso con la prima valutazione in PS le patologie a rischio per la vita a breve termine;
- affidamento al geriatria, anche per la valutazione dei bisogni socio-sanitari con segnalazione precoce alla Centrale Operativa Territoriale e attivazione, se possibile, del percorso di dimissione protetta



3c94d409



- predisposizione di un protocollo per l'osservazione breve intensiva "geriatrica";
- possibilità per il Geriatra, di concludere il verbale di dimissione dal PS dopo la consulenza o l'attività di OBI;
- invio diretto dal PS agli ospedali di comunità dei pazienti anziani fragili candidabili.

Per migliorare la presa in carico e ridurre la permanenza di questi pazienti, mediante l'identificazione precoce e il miglioramento della gestione interna al PS, è necessario inoltre promuovere il collegamento tra medici geriatri dei reparti di degenza e i Servizi della Medicina Territoriale al fine di ridurre al minimo i rientri in PS nel breve periodo e di favorire la gestione dei pazienti anziani fragili a domicilio o in strutture a bassa intensità di cure (ospedale di comunità).

Le Aziende devono pertanto prevedere percorsi strutturati di integrazione tra ospedale e territorio con tale finalità.

Percorso dedicato alle donne che subiscono violenza

In ottemperanza a quanto già riportato dalla DGRV 1888/2015 che considerava l'opportunità di prevedere un percorso dedicato per le donne che subiscono violenza (condizioni di fragilità), in linea con quanto promosso dalla *Linee ministeriali di indirizzo sul Triage intraospedaliero* e in relazione a quanto previsto dalla **DGRV 1759/2017** (*Interventi in materia di contrasto alla violenza contro le donne. Destinazione dei fondi statali di cui a DPCM 25 novembre 2016 "Fondo per le Politiche relative ai diritti e alle pari opportunità" paragrafo 4 del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere di cui all'art.5 del decreto legge 14 agosto 2013, n.93.*) è stata effettuata negli ultimi due anni la formazione capillare di tutto il personale sanitario operante nel Sistema dell'emergenza con l'obiettivo di sensibilizzare il medesimo sul ruolo strategico di intercettazione e prevenzione della violenza sulle donne rivestito dal Pronto Soccorso.

E' stato scelto di investire sulla formazione multidisciplinare come strategia per promuovere una rete solida di intervento. La progettazione della formazione è stata coordinata dal CREU in collaborazione con la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica; sono stati istituiti 100 istruttori regionali che successivamente, con la supervisione tecnico-scientifica del CREU hanno svolto la formazione aziendale (110 corsi in tutta la Regione Veneto con la partecipazione di circa 3000 operatori).

La contemporanea pubblicazione delle *linee guida nazionali* ha permesso di allineare il percorso formativo a quanto auspicato a livello ministeriale.

Pertanto devono essere promossi in tutti i PS, percorsi dedicati alle donne che subiscono violenza, strutturati sulla base delle seguenti linee di indirizzo:

- al Triage raccogliere le informazioni nel pieno rispetto della privacy e, successivamente, fare attendere la donna in un luogo appositamente dedicato;



3c94d409



- affiancare al codice colore di triage un acronimo di percorso;
- raccogliere correttamente l'anamnesi specificando modalità della violenza, dinamica e rapporto di parentela o affettivo con l'aggressore, utilizzo di armi (anche improprie);
- descrivere accuratamente le lesioni corporee;
- chiedere sempre preventivamente il consenso alla paziente per la raccolta delle prove (per le quali prevedere la catena di custodia) e della eventuale documentazione iconografica (utile il supporto del consulente medico- legale);
- attivare il Servizio Sociale Ospedaliero o il Centro Antiviolenza di riferimento, per valutare il rischio di recidiva (anche con l'utilizzo del "Brief risk score");
- organizzare una dimissione protetta o intraprendere un percorso di allontanamento dalla causa della violenza;
- valutare la necessità di un supporto psicologico e nel caso prevederne le modalità di attivazione;
- attivare le Forze dell'ordine qualora si ravvisasse un bisogno di protezione urgente;
- redigere la denuncia all'Autorità Giudiziaria nei casi previsti per legge
- nel caso in cui la paziente abbia figli di minore età, promuovere la consapevolezza nella donna dei danni che la violenza assistita può provocare ai suoi figli.

Rimodulazione degli indici di performance e monitoraggio delle strategie in essere

L'analisi dei dati regionali ha permesso di rilevare un incremento dei pazienti complessi anche tra i codici minori e una difficoltà nel raggiungere gli obiettivi previsti in merito ai tempi di permanenza dei codici verdi e bianchi spesso condizionati dalle attività dei servizi coinvolti nella gestione dei pazienti.

Inoltre da una recente valutazione sulla corretta attribuzione del ticket sanitario è stata rilevata una notevole disomogeneità di comportamento nei differenti PS.

Alla luce di quanto emerso si ritiene necessaria una rimodulazione degli indicatori di performance previsti dalla DGRV 1513/2014 con integrazione di indici di valutazione relativi ai servizi che afferiscono ai PS e la ridefinizione dei criteri di attribuzione del ticket sanitario.



3c94d409

