

Piano per il miglioramento dell'accesso in Emergenza Urgenza nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna

1. Principi

La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. In quest'ottica risulta prioritario il miglioramento della presa in carico del paziente in condizioni di emergenza-urgenza.

*La risposta ai bisogni di salute che richiedono interventi sanitari (di maggiore o minore intensità) in **urgenza** è garantita da un sistema articolato di strutture che includono oltre ai Pronto Soccorso, i Punti di Primo Intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile) ed altri percorsi specifici, ad esempio presso i servizi per la salute mentale, i consultori familiari ecc. Per quanto riguarda l'**emergenza** il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).*

*In questa articolata rete di offerta, il **Pronto Soccorso** in particolare riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi per i pazienti cronici e/o polipatologici. Di fatto rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale (il 50% dei ricoveri ordinari avviene a seguito di un accesso in PS) ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari.*

PSSR 2017-2019 (DGR n. 1423 del 2 ottobre 2017)

Il miglioramento dell'accesso ai servizi in emergenza urgenza ed in particolare il buon funzionamento delle strutture di Pronto Soccorso è responsabilità complessiva dell'intero ospedale e con esso dell'intera rete dei servizi sanitari.

L'obiettivo di questo documento è definire linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie declinando strategie che nel loro complesso migliorino l'accessibilità in emergenza e urgenza.

Garantire il controllo dei tempi di permanenza

I servizi di Pronto Soccorso (PS) rappresentano il principale riferimento per i bisogni sanitari urgenti della popolazione; essi garantiscono equità di accesso alle cure, secondo criteri di priorità (codici colore o numerici).

Il sovraffollamento dei PS è un problema molto comune, sia a livello Regionale che nazionale ed internazionale, indica una situazione in cui il normale funzionamento del servizio è limitato dalla sproporzione tra la domanda e le risorse realmente disponibili in quel dato momento.

Esso impatta negativamente sulla qualità delle cure erogate, sulla soddisfazione degli utenti e sul benessere psicofisico degli operatori, inoltre è associato a molteplici esiti negativi - aumento di

mortalità, ritardo nell'effettuazione di accertamenti diagnostici e nell'erogazione delle terapie necessarie, aumento di errori ed eventi avversi.

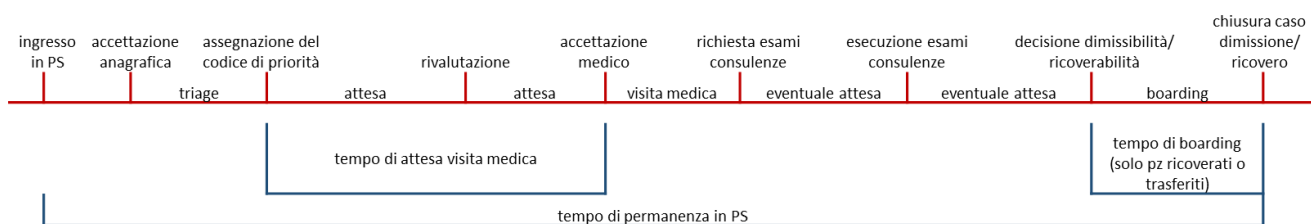
Il percorso del paziente in Pronto Soccorso si snoda attraverso diverse fasi che possono essere descritte da una precisa sequenza di attività e tempi. Alcune di queste fasi producono valore rispetto all'obiettivo finale della gestione clinica del paziente, altre sono "attese" legate a snodi organizzativi più o meno efficienti.

Generalmente la maggior parte del tempo di attesa è consumato nell'intervallo tra il triage e la prima visita medica, ma successivamente il paziente trascorre altre attese, più o meno lunghe: per l'esecuzione e l'esito di esami strumentali (es. laboratorio, radiologia) e consulenze specialistiche, per la rivalutazione finale da parte del medico e, una volta deciso il ricovero, per il posto letto in reparto (tempo di boarding) o, in caso di dimissione, per il mezzo di trasporto e/o per l'organizzazione della continuità delle cure sul territorio. Il tempo complessivo delle "attese" può arrivare a determinare fino al 75% del tempo di permanenza all'interno del PS. Tale quota può variare in relazione a diversi fattori sia legati alle condizioni del paziente che all'organizzazione.

Similmente a quanto già fatto negli ultimi anni da alcuni Paesi, si rende indispensabile affrontare il problema della permanenza in PS, prevedendo la definizione di alcuni standard di processo (es. tempo di attesa per la prima valutazione, tempo di attesa per principali consulenze e prestazioni diagnostiche strumentali, tempo di boarding) e di performance complessiva del sistema (tempo di permanenza). È pertanto necessario attuare una serie di interventi finalizzati al miglioramento del "flusso" dei pazienti all'interno dei servizi di PS, ma anche all'adeguamento delle strutture, delle risorse strumentali e degli organici.

Il tempo di permanenza (TdP o LOS – Length of stay) da diversi anni è considerato una misura utile a valutare e quindi migliorare le performance dell'intero processo di emergenza, inclusi gli aspetti che non sono sotto la diretta responsabilità del Pronto Soccorso. È quindi diventato un indicatore comune a livello internazionale benché gli standard siano diversi e spesso oggetto di discussione.

Il TdP è misurabile come il tempo che intercorre tra l'accesso del paziente in PS (registrazione) e l'uscita dello stesso (chiusura del caso); in figura sono rappresentati i principali tempi del processo di PS.



Dai dati disponibili è possibile rilevare che in Emilia Romagna la maggior parte degli accessi (circa 85%) si conclude in meno di 6h. L'obiettivo è quello di garantire tali tempi di permanenza per tutti i pazienti con l'introduzione delle azioni di seguito descritte. Nelle situazioni in cui dovesse permanere una quota di casi di particolare complessità (ad esempio per necessità di almeno 2 prestazioni o consulenze o con necessità di osservazione temporanea) il tempo di permanenza oltre le 6 h non potrà comunque superare 1 ulteriore ora. In sintesi:

In Emilia-Romagna gli assetti organizzativi e le performance attuali consentono di definire un target di TdP <= 6 ore + 1 ora per casi complessi.

Le reti HUB & SPOKE

Nel contesto dell'emergenza urgenza rivestono un particolare rilievo le reti cosiddette "tempo-dipendenti" che devono essere configurate in modo da rispettare prioritariamente il criterio della tempestività della presa in carico e della gestione del percorso diagnostico terapeutico in un continuum di cura che vede coinvolte fasi intra ed extra ospedaliere.

In questo ambito l'azione deve concentrarsi in modo prioritario su due elementi: da un lato, il potenziamento dell'emergenza extraospedaliera (es. elisoccorso), necessario a garantire il tempestivo accesso alle cure urgenti, dall'altro il rafforzamento delle vocazioni specialistiche dei poli di riferimento, per rispondere pienamente ai bisogni assistenziali di maggiore complessità.

Sviluppare una rete significa infatti lavorare sulla definizione del ruolo di ciascun nodo mentre si costruiscono le relazioni. Le linee di indirizzo regionali definite con la DGR 2040 del 2015, rispetto all'area dell'Emergenza Urgenza prevedono di definire gli assetti, integrando le diverse reti interessate (rete cardiologica, delle neuroscienze, per il trattamento dei grandi traumi e delle gravi ustioni, ecc.). L'evoluzione consolidata delle reti H&S nella nostra regione infatti rende necessario non calare rigidamente la classificazione prevista dal DM 70/2015 di riordino della rete ospedaliera sulle singole strutture, ma disegnare reti per l'emergenza che supportino le vocazioni degli hub e degli spoke identificati.

Le reti integrate

Il Pronto soccorso è anche la sede per la presa in carico dei pazienti che necessitano di interventi in emergenza urgenza pur non rientrando nei quadri previsti per le reti tempo-dipendenti. Tra queste vi sono patologie che trovano nel PS solo uno dei molti punti di erogazione come ad esempio le patologie croniche, oncologiche, condizioni collegate a stati fragilità socio-sanitaria, il fine vita, ecc. In molti casi si tratta di condizioni gestibili nell'ambito delle "reti ospedaliere integrate" di livello locale e che, come previsto dalla DGR 2040/2015 *"possono trovare risposta nell'ambito delle attività presenti negli ospedali di tutte le Aziende sanitarie che, attraverso l'integrazione con i servizi distrettuali e sociali, assicurano ai cittadini il livello primario dell'assistenza in un determinato territorio, di norma provinciale (autosufficienza territoriale). La logica dell'autosufficienza prevede che, all'interno della rete dei servizi, siano garantite a tutti i cittadini, in condizioni di equità, le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali, per tutte le discipline che non presentano le caratteristiche delle reti H&S."*

La rete dell'emergenza oggi deve caratterizzarsi sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e quindi come raccordo tra le reti dei servizi sanitari e sociali di uno specifico territorio.

Il percorso del paziente in Pronto Soccorso è concettualmente assimilabile al modello proposto da Asplin (2003) e caratterizzato da tre macro-fasi: Ingresso nel sistema di emergenza (Input), processo diagnostico-terapeutico - comprensivo di fasi intermedie di attesa e di attivazione di interfacce -

(throughput), uscita dal sistema di emergenza (output).

La fase di input ovvero il controllo degli accessi presenta variazioni solo in parte prevedibili e controllabili. Passi avanti si possono compiere creando sia all'interno che all'esterno dell'ospedale, percorsi di accesso alternativi al pronto soccorso, sostenibili ed efficaci.

Appare altresì evidente che l'implementazione di soluzioni organizzative che impattino positivamente sulla fase di output richiede una regia più alta ed implica un rilevante coinvolgimento dell'intero "sistema ospedale".

In questo contesto il ruolo del Dipartimento di Emergenza Urgenza si esplica prioritariamente nell'ottimizzazione della fase di presa in carico (throughput) al fine di agevolare al massimo il flusso dei pazienti e più in generale migliorare la qualità delle cure erogate, ma allo stesso tempo nel governo delle interfacce in entrata ed in uscita sviluppando sinergie con le strutture della rete.

La logica dei percorsi diagnostico terapeutici è diventata un elemento fondante dei processi di riorganizzazione che mirano a garantire equità di accesso, continuità delle cure e centralità del paziente. Nella stessa ottica a livello internazionale l'organizzazione dei PS si è evoluta da una logica di gestione per priorità (sorting) ad una di identificazione di percorsi (streaming).

Tutte le componenti del PS rivestono un ruolo fondamentale: dal triage che deve evolvere verso una configurazione di "snodo decisionale" rispetto all'avvio dei pazienti verso il corretto percorso, alla distribuzione interna delle risorse (umane, strumentali, spazi, diagnostiche, ecc.) alla definizione delle interfacce in uscita: OBI, ricovero ordinario, percorsi di presa in carico ambulatoriale, rete dei servizi territoriali.

La maggior parte dei percorsi clinico-assistenziali interni al PS può essere ricondotta a tre linee di attività a complessità crescente.

- alta complessità
- media complessità
- bassa complessità

A queste si aggiungono percorsi specifici che possono svolgersi all'interno del PS o in contesti separati (pazienti pediatrici, gravidanza, traumatologia, patologie croniche ed oncologiche, pazienti con agitazione psicomotoria, condizioni particolari di fragilità, vulnerabilità ecc.).

In questa ottica è necessario definire modelli organizzativi condivisi e una rete di presa in carico in emergenza adeguata alle specifiche fasce di età e bisogni, tenendo in considerazione le risorse disponibili presso ciascuna struttura. A tal fine possono essere proposti modelli quali:

- Fast-track
- Pronto soccorso specialistici dedicati
- Affidi specialistici
- Ambulatori ad accesso diretto/accettazioni specialistiche

L'attivazione dei flussi di trattamento a garanzia della continuità assistenziale, basati su diversi livelli di complessità, richiede la redazione di appositi protocolli e la realizzazione di attività formative utili alla loro implementazione.

Un altro aspetto rilevante ai fini della gestione dei percorsi e della valutazione dell'appropriatezza è l'utilizzo di modalità condivise per la codifica del problema principale all'accesso, delle procedure e delle diagnosi in uscita. L'impegno per l'utilizzo sempre più esteso e preciso della codifica ICDIX CM deve essere reso compatibile con le necessità di immediatezza richieste dalle situazioni di emergenza urgenza, anche mediante l'utilizzo di soluzioni informatiche a supporto della codifica. La tracciabilità complessiva del percorso del paziente deve inoltre prevedere l'integrazione con le informazioni in possesso del sistema di emergenza territoriale.

Bilanciare domanda e capacità produttiva

La "domanda" va considerata come la quantità di risorse che i pazienti richiederanno a quel determinato servizio, in quel determinato momento / intervallo temporale; d'altra parte la "capacità" di un servizio è la quantità di risorse realmente disponibili (strutture, personale, servizi di supporto, diagnostiche, ecc.), in quel determinato momento / intervallo temporale, per poter assolvere le richieste.

Il corretto bilanciamento della capacità produttiva del servizio rispetto alla domanda rappresenta la premessa indispensabile per la fluidità del percorso.

Se in un sistema a domanda non programmata come il Pronto Soccorso corrisponde una capacità produttiva tendenzialmente fissa, si osserveranno fasi di utilizzo sub-ottimale delle risorse, per eccesso di capacità produttiva e fasi di "stress" del sistema, con creazione esponenziale di code a causa dell'eccesso di domanda.

In particolare, gli sbilanciamenti con un difetto di risorse rispetto alla domanda da soddisfare possono essere ben tollerati dai sistemi se occasionali e di breve durata; situazioni di cronico sbilanciamento tra domanda e capacità produttiva minano la fluidità del percorso creando situazioni di sovraffollamento ricorrenti. Un flusso sarà regolare se in tutte le fasi del percorso le risorse disponibili equilibrano la domanda.

Una corretta stima della domanda deve tenere conto delle fluttuazioni, significative e non casuali, che si registrano nelle diverse fasce orarie del giorno e nei giorni della settimana, di aspetti epidemiologici particolarmente rilevanti e prevedibili in alcuni mesi dell'anno (es. epidemia influenzale) ma anche di aspetti organizzativi che riguardano più strettamente il sistema ospedale ma che impattano significativamente con l'organizzazione del Pronto Soccorso (es. riduzione delle dimissioni dai reparti nel fine settimana, riduzione temporanea di posti letto per le ferie estive etc..).

In linea generale l'adozione di iniziative per migliorare il flusso implica una profonda conoscenza delle caratteristiche della domanda e richiede un grosso sforzo organizzativo nel modulare in modo flessibile la capacità produttiva sia del sistema ospedale che del sottosistema PS.

Per quanto sopra esposto i programmi informatici di PS devono fornire informazioni adeguate che consentano ai vari membri dello staff di monitorare in modo puntuale l'andamento del flusso nei diversi momenti della giornata (poiché i "colli di bottiglia" possono comparire ex novo e spostarsi all'interno del sistema) ed in modo retrospettivo, per analisi più accurate.

Garantire la sicurezza

Le attività di Pronto Soccorso prevedono un elevato grado di complessità e, quindi, sussiste la possibilità che si verifichino accadimenti che possono pregiudicare la sicurezza dei pazienti.

Particolare attenzione è stata dedicata all'attribuzione del codice triage anche mediante l'emanazione della specifica raccomandazione ministeriale n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e all'interno del Pronto soccorso".

Tra gli ambiti sui quali agire per prevenire o mitigare i danni dovuti all'errata attribuzione di codice triage è utile richiamare l'attenzione in particolare sulla presenza di protocolli e procedure cliniche e organizzative aziendali basati sulle evidenze scientifiche disponibili, sulle procedure per la corretta identificazione del paziente e sulla rivalutazione del paziente in attesa. Il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella prevede la segnalazione dello specifico evento in caso di errata assegnazione del codice di priorità a seguito dell'applicazione del triage all'interno del pronto soccorso.

Sono inclusi in tale fattispecie tutti i pazienti cui è stato assegnato, da parte del personale cui è affidata la codifica, un codice di priorità sottostimato rispetto alla reale severità clinica (under triage) con conseguente decesso o grave danno a causa del mancato o ritardato intervento medico o dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato.

In linea generale, al fine di aumentare la conoscenza dei fenomeni nella prospettiva del miglioramento e la consapevolezza e diffusione della cultura della sicurezza, è sempre opportuno prevedere e garantire la funzionalità di sistemi di incident reporting (per esempio: eventi collegati all'uso di farmaci, rientri entro 48 h, allontanamento di pazienti a rischio, cadute accidentali, violenza a danno di operatori, etc.).

L'utilizzo di tali fonti informative dovrebbe essere sempre correlato all'effettuazione dell'analisi dei casi significativi attraverso Significant Event Audit o Root Cause Analysis finalizzata alla programmazione delle eventuali successive azioni di miglioramento.

Oltre al tema del triage si ritiene importante focalizzare l'attenzione sui seguenti eventi sentinella:

- arresto cardiaco improvviso;
- morte o grave danno correlato all'utilizzo di farmaci
- prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute);
- prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute).

2. Strategie e obiettivi

A. Responsabilità

Il problema del corretto funzionamento dell'accesso alle prestazioni in emergenza non è di esclusiva competenza del Pronto Soccorso, ma vi concorrono numerose componenti della rete dei servizi sanitari e non solo.

A tal proposito si ritiene che le Direzioni delle Aziende Sanitarie ospedaliere e territoriali debbano adoperarsi affinché alcuni importanti obiettivi di performance dei sistemi di emergenza siano condivisi anche con altre UU.OO di degenza (medicina d'urgenza e altre aree mediche e chirurgiche) e di servizi (es. laboratorio, radiologia) nonché con le strutture coinvolte nei percorsi extra-ospedalieri.

Per questo motivo appare appropriato, come già avvenuto per gli accessi programmati, identificare un livello di responsabilità (Responsabile per l'Accesso in Emergenza) che sia in grado di sovrintendere e coordinare le azioni necessarie al buon funzionamento dell'accesso in emergenza urgenza.

Ferma restando la responsabilità complessiva del Direttore Sanitario rispetto agli accessi all'ospedale inclusi quelli in emergenza, nonché le funzioni di governo del Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza/Direttore del PS, il **Responsabile per l'Accesso in Emergenza (RAE)** può essere una figura, formalmente delegata dal Direttore Sanitario, possibilmente tra le figure dirigenziali della Direzione Sanitaria, ed in possesso delle competenze necessarie allo svolgimento delle funzioni di seguito descritte.

È opportuno che, in caso di presidi ospedalieri con più stabilimenti la figura identificata operi in modo integrato sull'intera rete delle strutture. Nell'ambito di processi di integrazione interaziendale, in particolare in presenza di dipartimenti di emergenza integrati, il RAE può essere individuato anche in forma congiunta fra più Aziende.

Il RAE opera in sinergia con il Dipartimento di Emergenza Urgenza e la direzione ospedaliera ed in stretta connessione con le altre funzioni deputate alla gestione dei flussi dei pazienti (bed manager, centrale dimissioni e trasporti, ecc.) e riferisce per gli aspetti di competenza direttamente alla direzione aziendale.

Le funzioni minime assegnate sono:

- Coordinamento della definizione ed implementazione dei piani per la gestione del sovraffollamento
- Supporto alla riorganizzazione in relazione alle indicazioni contenute nel presente documento
- Monitoraggio dei tempi complessivi di permanenza in Pronto Soccorso e degli indici di affollamento (NEDOCS)
- Monitoraggio dei tempi intermedi con particolare riferimento al tempo di boarding ed ai tempi dei servizi di supporto (diagnostica e consulenze)
- Supporto alla definizione ed implementazione delle soluzioni locali, volte a ricondurre i tempi negli standard definiti
- Rendicontazione alla direzione aziendale sui temi di competenza

Le funzioni andranno specificate nell'atto di nomina, restando comunque ferma la responsabilità delle direzioni generali e sanitarie in relazione a dinamiche particolarmente critiche.

Per quanto riguarda l'attuazione del presente documento si ritiene appropriato costituire gruppi di lavoro multidisciplinari di livello Regionale che supportino la definizione di ulteriori linee di indirizzo attuative e strumenti di carattere tecnico-professionale volti a favorire l'implementazione omogenea in tutte le strutture sanitarie.

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
Nomina del Responsabile per l'Accesso in Emergenza-urgenza (RAE) per ciascuna azienda/area con definizione delle specifiche funzioni	AZIENDE	2 MESI
Istituzione dei gruppi multiprofessionali regionali (triage, OBI, emergenza pediatrica)	RER	2 MESI

B. Rete per l'emergenza

La rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello *hub and spoke*.

Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili. La rete include sia le strutture proprie dell'emergenza (DEA, PS, PPI, ET, CO) che strutture deputate all'accesso per prestazioni urgenti (Continuità assistenziale, PPI territoriali, Specialistica per Urgenze U). Accanto alla rete dei PS generali occorre focalizzare l'attenzione anche sui punti di accesso specialistici.

- Pronto soccorso specialistici dedicati: prevedono il libero accesso in relazione a determinate caratteristiche o condizioni (come ad es. età pediatrica, gravidanza, traumi, ecc); il triage è autonomo e attivo nelle 24h; il PS garantisce la presa in carico e il completamento del percorso in emergenza.
- Affidi specialistici: prevedono il libero accesso per pazienti già in carico alla struttura specialistica (es. pazienti cronici o oncologici)
- Ambulatori specialistici in emergenza-urgenza: prevedono l'accesso diretto con o senza richiesta del MMG in relazione a specifici quadri e per prestazioni di carattere specialistico, (esempio visita cardiologica U, accettazione ostetrica in gravidanza).

Tra questi assume particolare rilevanza la definizione dei punti di accesso e delle caratteristiche della rete per l'emergenza in età pediatrica.

Alla luce della revisione degli assetti delle reti Hub&Spoke in fase di completamento, si impone la necessità, prevista già dalla DGR 2040/2015 di ridefinire la classificazione delle strutture di accesso in emergenza che tenga in considerazione la dislocazione dei nodi delle principali reti per le patologie tempo-dipendenti ed in generale per le condizioni suscettibili di centralizzazione in emergenza.

La regione Emilia-Romagna ha definito con la propria DGR 23/2005 i requisiti delle strutture di emergenza ospedaliera in termini di struttura, tecnologie, organizzazione, qualificazione dei percorsi e clinical competence. Alla luce della ripuntualizzazione delle reti descritta precedentemente è necessario revisionare tali standard.

Per quanto riguarda le strutture di PS generale, DEA 1 e DEA 2 e, ove presenti di PPI ospedaliero, è opportuno prevedere un'aggregazione delle stesse nell'ambito di un Dipartimento di Emergenza. I dipartimenti che meglio rispondono alle esigenze di coordinamento del sistema di emergenza, sono quelli "orizzontali", auspicabilmente di livello sovra aziendale, che aggregano le strutture di emergenza preospedaliera e le strutture di PS e medicina d'urgenza, impegnate esclusivamente nell'emergenza. In ogni caso dovranno essere previste forti modalità di integrazione tra la rete di emergenza territoriale e la rete di emergenza ospedaliera anche a livello interaziendale.

Nel caso in cui le aziende, all'interno del singolo Presidio, optino per un dipartimento di emergenza verticale, le strutture di PS e Medicina di Urgenza devono essere inserite in tali dipartimenti, di cui sono il centro di riferimento, trattandosi delle sole Strutture ospedaliere dedicate completamente all'emergenza-urgenza. Data la complessità delle funzioni da svolgere ogni SC dovrebbe presidiare un solo DEA (di 1° o di 2° livello). Negli stabilimenti ospedalieri di base, che non sono sedi di DEA, possono essere istituite strutture semplici, che svolgono attività di PS e di OBI.

La funzione di "area critica" è da assicurare in ogni stabilimento sede di DEA. Tale attività è indispensabile per rispondere adeguatamente alla domanda sanitaria di molti pazienti critici provenienti dal DEA, spesso anziani e con patologie diverse (traumatiche, cardiovascolari, respiratorie, renali, metaboliche, infettive e da cause tossiche), che necessitano di un livello intermedio di intensità di cure (inferiore a quello delle Terapie Intensive, ma superiore a quello delle degenze ordinarie per acuti).

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
Classificazione delle strutture in relazione alla configurazione delle principali reti ospedaliere e ridefinizione degli standard strutturali ed organizzativi previsti per ciascun livello	RER	12 MESI

C. Accesso

Prevenire gli accessi evitabili

Seppure negli anni si sia molto lavorato al fine di promuovere un utilizzo appropriato del Pronto soccorso, sia con interventi sulla rete che sui cittadini, permane una quota di accessi che potrebbero trovare adeguata risposta presso le strutture delle cure primarie a partire dalla medicina generale e continuità assistenziale o mediante un più corretto indirizzamento verso la struttura specialistica di competenza (PS specialistico, reparto, percorso ambulatoriale).

Tra gli accessi evitabili possono essere considerate le cosiddette "condizioni suscettibili di trattamento ambulatoriale" tra cui le principali patologie croniche, i "doppi accessi" legati a un non appropriato funzionamento della rete dell'emergenza territoriale, più in generale gli accessi ripetuti (es. frequent users) nonché tutti gli accessi "impropri" legati ai modelli organizzativi territoriali (es. orari) ed alle abitudini dei pazienti.

In generale le azioni che possono essere introdotte richiedono l'integrazione con la rete dei servizi territoriali sanitari e sociali presenti a livello locale.

Molte delle azioni necessarie per intervenire sull'INPUT sono già state definite con DGR 1827 del 17/11/2017 "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Emilia-Romagna". Di seguito sono elencate le principali azioni da attuarsi a livello di rete dei servizi ospedalieri e territoriali:

- Definizione per ciascun territorio di percorsi di "affidamento diretto" per la presa in carico da parte delle UO Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle stesse (es. pazienti oncologici)
- Definizione per ciascun territorio di percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali di tipo U
- Implementazione presso ciascun PS di modalità strutturate per la gestione e l'informazione/indirizzamento dei pazienti verso la rete dei servizi sociali e sociosanitari per percorsi complessi
- Definizione per ciascun territorio di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent users"
- Definizione per ciascun territorio di percorsi condivisi tra ospedale e territorio per la gestione del "fine vita" con particolare riferimento ai pazienti in ADI e in strutture protette

Un ulteriore aspetto rilevante è quello relativo all'appropriatezza dell'autopresentazione o dell'indirizzamento dei pazienti verso una specifica struttura (Hub vs Spoke, PS generale vs accesso specialistico). La differenziazione dei punti di accesso risponde alla necessità di rendere più tempestiva la presa in carico del paziente da parte della struttura più appropriata e solo un'adeguata definizione e conoscenza della rete nonché il coordinamento tra le strutture è in grado di evitare soluzioni di continuo e ritardi nel percorso del paziente.

Governare l'iperafflusso

Con la già citata DGR 1827/2017 "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Emilia-Romagna" si sono fornite le indicazioni per la gestione dell'iperafflusso con particolare riferimento alle epidemie stagionali o ad altri periodi di maggiore ricorso al PS (es. stagione estiva nelle aree turistiche).

A queste si affiancano le indicazioni relative allo sviluppo di PEIMAF (Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso Feriti) e delle strategie da adottarsi in situazione di eventi catastrofici non prevedibili. In questo ambito la normativa di riferimento sono le "Linee guida per la pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza" del 22/09/1998. Il PEIMAF viene citato inoltre nella direttiva 13/04/2006 "Coordinamento delle iniziative e delle misure finalizzate a disciplinare gli interventi di soccorso e di assistenza alla popolazione in occasione di incidenti stradali, ferroviari, aerei ed in mare, di esplosioni e crolli di strutture e di incidenti con presenza di sostanze pericolose".

Facendo riferimento alle tre macro-fasi, input, throughput, e output, è stato ampiamente dimostrato che tra i fattori di "input" l'incidenza maggiore è da ascrivere all'incremento degli accessi per patologie legate all'epidemiologia stagionale (es. epidemie influenzali e ondate di calore).

Similmente a quanto è stato fatto per la gestione delle maxi-emergenze con la stesura dei PEIMAF, le Aziende Sanitarie hanno redatto ed applicato piani particolareggiati per la gestione del sovraffollamento con:

- l'individuazione di indicatori per la corretta rilevazione del fenomeno;
- la definizione delle relative soglie di criticità e di tempestive modalità di risposta, proporzionate ai livelli di criticità rilevata, atte a facilitare le fasi di processo e di ricovero evitando incongrui e disagiati stazionamenti di pazienti all'interno del PS.

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
Dare piena attuazione alla DGR in materia di sovraffollamento ed effettuare verifiche con strumenti appropriati (audit), introducendo contestualmente le azioni indicate dal presente documento	AZIENDE	6 MESI
Implementare il monitoraggio di indici di sovraffollamento (NEDOCS) a livello regionale	RER AZIENDE	3 MESI

D. Triage

L'assegnazione del codice di priorità è l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di Triage ed è basata sulla valutazione di una serie di elementi soggettivi (es. i sintomi del paziente) ed oggettivi (es. parametri vitali). Nella definizione della priorità di accesso oltre alle condizioni cliniche del paziente e del suo possibile rischio evolutivo, si deve tenere conto anche di ulteriori fattori quali dolore, età, fragilità, disabilità, particolarità organizzative e di contesto.

Da un punto di vista metodologico il processo di Triage si articola in quattro fasi:

1) Valutazione immediata (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con alterazioni critiche di una o più funzioni vitali che necessitano di un intervento immediato.

2) Valutazione analitica soggettiva e oggettiva: viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata) e la rilevazione di segni clinici e parametri vitali; tiene conto della documentazione clinica disponibile, anche in relazione a precedenti accessi.

3) Decisione di Triage: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, nell'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e nell'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.

4) Fase della Rivalutazione: consiste nella rivalutazione periodica (codici a rischio evolutivo) o a chiamata (per tutti i codici) dei pazienti in attesa, con particolare riferimento alle condizioni cliniche e ad eventuali nuovi bisogni assistenziali. Al termine di ogni valutazione è possibile confermare o modificare il codice di priorità assegnato e quindi il percorso del paziente.

Il ruolo di grande rilevanza strategica assunto dal Triage all'interno dei servizi di PS, il progressivo affinamento delle metodologie di valutazione e la necessità organizzativa di creare percorsi basati sulla complessità dei pazienti, pongono la necessità improcrastinabile di modificare l'attuale sistema di codifica a quattro codici colore in uno, più performante, a cinque diversi livelli di priorità decrescente (vedi tabella). Ciò è in linea anche con le attuali evidenze scientifiche internazionali.

Codice di priorità	Livello di urgenza	Definizione dettagliata	Tempo di attesa	
1	ROSSO	EMERGENZA	Assenza o critica alterazione di una o più funzioni vitali	Valutazione immediata
2	ARANCIONE	URGENZA INDIFFERIBILE	Condizione stabile con elevato rischio evolutivo	15 minuti*
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile a basso rischio evolutivo, con sofferenza e ricaduta sullo stato generale, che solitamente richiede prestazioni complesse	60 minuti
4	VERDE	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo e senza sofferenza/ricaduta sullo stato generale che solitamente non richiede risorse complesse	120 minuti
5	BIANCO	NON URGENZA	Problema non urgente	240 minuti

			o di minima rilevanza clinica	
--	--	--	-------------------------------	--

* Visto il carattere di evolutività della condizione, è necessaria una rivalutazione infermieristica dopo 10-15 min dalla prima e comunque in relazione allo stato clinico del paziente. In ogni caso, trascorsi ulteriori 15 (complessivi 30 minuti), il codice arancio confermato deve essere valutato da un medico che stabilirà il percorso più appropriato.

La suddivisione in 5 codici di priorità, nel contesto regionale, nasce dall'esigenza di stratificare meglio la complessità clinica e l'impegno assistenziale dei pazienti rientranti nell'attuale "codice verde" che rappresentano la quota più consistente di accessi.

La valutazione di Triage rappresenta un momento fondamentale per l'accoglienza ed il riconoscimento di situazioni di fragilità e/o di persone che necessitano dell'attivazione tempestiva di percorsi dedicati (es. maltrattamenti / abusi sui minori, donne vittime di violenza, disturbi della sfera psichica – inclusi DCA – etc.) al fine di fornire sostegno ed agevolare le procedure di interfaccia in ambito sanitario, assistenziale e sociale.

Un aspetto operativo particolarmente importante è la rilevazione del dolore: in letteratura sono state validate e proposte svariate scale, a livello Regionale si propone l'adozione della scala NRS in quanto ritenuta particolarmente adatta alla realtà del Pronto Soccorso.

Nei PS con elevata casistica è auspicabile realizzare servizi di accoglienza / informazione (es. collaborazione con associazioni di volontariato) in supporto alla gestione della sala di attesa: tale integrazione deve essere funzionale al perseguimento della massima tempestività di contatto paziente-sanitari, evitando pericolose azioni di accodamento pre-Triage.

In riferimento a standard strutturali / organizzativi si precisa che la funzione di Triage deve essere attiva h 24 in tutte le strutture di Pronto Soccorso.

In riferimento alle risorse umane si ritiene che nei Pronto Soccorso con affluenza superiore a 20.000 accessi/anno il Triage debba essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva; nelle strutture con un numero inferiore di accessi è possibile prevedere che tale funzione venga svolta, in modo non esclusivo, da un infermiere in turno all'interno del PS.

Il numero di unità infermieristiche dedicate dovrà essere incrementato in base al numero di accessi e modulato anche in relazione alle diverse fasce orarie/giorni della settimana prevedendo, quando necessario, 1 unità una dedicata alla rivalutazione.

Nei contesti con un maggiore numero di accessi, in considerazione della rilevante attività e complessità, è necessario prevedere il supporto di personale amministrativo nelle fasce orarie diurne.

Gli infermieri che svolgono attività di Triage devono aver eseguito un adeguato percorso formativo ed essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalle norme di accreditamento e dalle disposizioni nazionali vigenti.

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
Istituzione di un gruppo di lavoro regionale per l'implementazione del nuovo sistema di triage	RER	2 MESI
Disponibilità di strumenti formativi ed informativi omogenei a livello regionale	RER	8 MESI
Rispetto del sistema a 5 codici in tutti i PS	RER AZIENDE	12 MESI

E. Gestione attesa

L'attesa in Pronto soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio sanitario. L'esperienza ed il ricordo dell'attesa e del tempo trascorso in coda sono inconvenienti che possono diminuire il livello di qualità di servizio percepito dall'utente.

Oltre ad attuare ogni strategia volta a ridurre il tempo dell'attesa (e delle attese intermedie) è necessario intervenire per evitare che questo tempo pregiudichi le condizioni di salute o più in generale il benessere del paziente.

È dunque necessario favorire il processo d'umanizzazione in Pronto Soccorso a garanzia del recupero della centralità del paziente, facendosi carico non solo degli aspetti fisici della malattia, ma anche di quelli psicologici, relazionali e sociali, conciliando politiche di accoglienza, informazioni e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino.

Risultano dunque auspicabili strumenti informativi e modalità di supporto all'attesa quali la presenza di volontari, di sistemi tipo monitor per l'informazione e l'intrattenimento, o altre iniziative volte al miglioramento del benessere degli utenti e degli accompagnatori in attesa.

Numerosi studi indicano inoltre come preferibili le soluzioni che prevedono diversi spazi di attesa per le diverse fasi del percorso (pre e post-visita).

Dovranno inoltre essere identificate soluzioni specifiche, anche strutturali, per l'attesa di gruppi particolari di pazienti (pazienti con agitazione psico-motoria, vittime di violenza, bambini, ecc.)

Particolare attenzione deve essere posta alla rivalutazione del paziente/utente in attesa, in particolare dei soggetti in condizioni di fragilità e/o disabilità. E' utile ricordare come la rivalutazione sia una fase fondamentale dell'attività di triage, in quanto permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale che potrebbero portare ad una modificazione del codice di priorità assegnato; consente, allo stesso tempo, di rassicurare il paziente e/o i familiari e gli accompagnatori sulle condizioni cliniche, in modo che la percezione dell'utente sia di una presa in carico continuativa.

La rivalutazione deve avvenire ad intervalli predefiniti per la casistica a rischio evolutivo ed a chiamata per tutti i pazienti. Le soluzioni strutturali devono comunque consentire una costante sorveglianza "a vista" dei pazienti in attesa.

Un fenomeno rilevante legato alla fase dell'attesa, sia prima che dopo la visita medica, è quello degli abbandoni. In tal senso è necessario monitorare questo aspetto e le prestazioni fruite prima dell'abbandono.

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
Adottare in tutti i PS modalità strutturate di registrazione informatizzata delle rivalutazioni nonché di tutte le prestazioni erogate dal personale sanitario nell'intervallo tra il triage e la visita medica.	AZIENDE	8 MESI
Adottare in tutti i PS e PPI strumenti di informazione all'utenza in merito ai tempi di attesa in relazione al proprio livello di priorità ed alle presenze in PS	AZIENDE	8 MESI

F. Percorsi interni

Da quanto già esposto appare evidente che, mentre gli aspetti di INPUT e OUTPUT siano scarsamente controllabili dal Pronto Soccorso, i maggiori sforzi organizzativi debbano essere orientati ad ottimizzare la fase di processo (throughput) al fine di agevolare al massimo il flusso dei pazienti e più in generale migliorare la qualità delle cure erogate.

I pazienti che accedono in PS presentano quadri clinici e problematiche assistenziali eterogenee, che

richiedono risposte differenziate. Nel perseguire la massima appropriatezza clinica ed organizzativa, diventa importante prefigurare percorsi ed interventi per patologia o gruppi di patologie, diversificati a partire dalla fase di triage, sfruttando tutte le professionalità presenti nel sistema.

A tale riguardo la letteratura scientifica internazionale evidenzia che l'organizzazione dei flussi all'interno dei PS è progressivamente evoluta passando da un modello essenzialmente fondato sulla priorità (**sorting**) ad uno, più complesso ed efficace, basato sulla segmentazione del flusso (**streaming**) in diversi livelli omogenei.

Il sistema di codifica a 5 codici, così come descritto nella sezione dedicata al Triage, è propedeutico alla creazione di percorsi che tengano in considerazione la complessità clinica, l'intensità assistenziale e le risorse assorbite, consentendo un'agevole individuazione di 3 diversi flussi:

- **Complessità alta:** si compone di tutti i pazienti con codice ROSSO
- **Complessità intermedia:** si compone di tutti i pazienti con codice ARANCIONE e AZZURRO
- **Complessità bassa:** si compone di tutti i pazienti con codice VERDE e BIANCO

Nella segmentazione del flusso e quindi nella definizione di gruppi omogenei di pazienti si deve tener conto della complessità clinica, del rischio evolutivo ma anche di altri importanti fattori come la tipologia di trattamento, i bisogni di salute specifici e l'assorbimento prevedibile di risorse; pertanto, quanto sopraesposto rispetto alla corrispondenza tra codice colore e percorso di assegnazione può prevedere differenti valutazioni in relazione a quadri specifici. D'altra parte, appare opportuno segnalare che eventuali strategie di iper-segmentazione del flusso possono esitare in una vera trappola organizzativa ed influenzarlo negativamente.

Il flusso a bassa complessità deve prevedere almeno due sub articolazioni:

- Gestione "**codici minori**": nei servizi con più di 40 mila accessi/anno è raccomandata la costituzione di un team medico-infermieristico dedicato (anche se non esclusivo), possibilmente H24, con il compito di ottimizzare la presa in carico, il trattamento e la rapida dimissione dei pazienti arruolati.
- Percorso di "**Fast Track**": si intende la possibilità di indirizzare alcune specifiche tipologie di pazienti, a bassa complessità, direttamente dal Triage allo specialista di riferimento, con l'evidente vantaggio di evitare la fase di throughput in PS e quindi di migliorare i tempi di attesa, di permanenza e la soddisfazione degli utenti. Si tratta di un percorso che viene attivato dall'infermiere di Triage, sulla base di procedure di interfaccia condivise, per uno specifico bisogno di salute dell'utente che generalmente trova risposta risolutiva (con conclusione del percorso) nello specialista individuato come riferimento.

Tra le strategie di implementazione del flusso a complessità intermedia è stata sperimentata con successo in molti servizi di emergenza l'attivazione di un Team di Valutazione Rapida (o soluzioni organizzative analoghe) finalizzato alla presa in carico e rapido trattamento di questi pazienti. Tale attività può essere svolta anche solo nelle fasce orarie di maggiore afflusso, da un team medico-infermieristico funzionalmente dedicato, in uno spazio preferibilmente attiguo al Triage, secondo protocolli definiti. I professionisti assegnati a tale attività devono possedere adeguati livelli di esperienza. La funzione si colloca operativamente dopo il triage e prima delle aree di cura del flusso a media complessità, al fine di agevolare la precoce presa in carico di questi pazienti in particolare nei PS con grandi volumi di attività (> 40 mila accessi anno) in cui frequentemente e per diverse ore del giorno si realizzano condizioni in cui la domanda supera la capacità produttiva del sistema con conseguente incremento progressivo del numero di pazienti in attesa della valutazione medica e del tempo medio di attesa alla prima visita.

Ulteriori "leve" in grado di migliorare la fase di processo ed implementare la capacità produttiva, anche a parità di risorse, risultano essere:

- Strategie di "verticalizzazione" dei pazienti (riducendo al minimo il posizionamento e lo

stazionamento in barella)

- Riduzione / eliminazione di fasi che non aggiungendo valore al percorso del paziente si traducono in ostacoli al flusso (es. trasporti).

Al fine di facilitare il flusso e ridurre significativamente i tempi di permanenza è prevista la definizione di protocolli per la presa in carico del paziente già a livello di Triage avviando trattamenti e test diagnostici e di laboratorio in attesa della visita medica.

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
Tutti i PS, in relazione alle discipline presenti dovranno implementare percorsi di fast-track con particolare riferimento alle discipline di Ortopedia, Pediatria, Ostetricia-ginecologia, ORL, Oculistica, Dermatologia, Urologia, Oncologia, definendo in specifici documenti di interfaccia i criteri di inclusione ed esclusione per l'attivazione del percorso stesso.	AZIENDE	6 MESI
Tutti i PS dovranno attivare percorsi specifici per condizioni di vulnerabilità (violenza e abuso, adolescenti con disagio, ed altri in relazione a specifiche indicazioni di livello regionale)	RER AZIENDE	8 MESI
In relazione alla mission delle diverse strutture dovrà essere attivata l'organizzazione dei flussi di PS in relazione ai percorsi ad alta, media e bassa complessità.	AZIENDE	12 MESI

G. Processi diagnostici e di supporto

I tempi per l'esecuzione di indagini diagnostiche e consulenze (e le relative fasi di attesa) rappresentano nell'esperienza, componenti rilevanti del tempo complessivo di permanenza in pronto soccorso.

Il primo elemento su cui intervenire è la valutazione dell'effettivo impatto (misurazione dei tempi di erogazione) e contestualmente agire sull'appropriatezza delle richieste e la capacità dei servizi di supporto. Un ulteriore elemento è la disponibilità di prestazioni diagnostiche e consulenze in relazione alle fasce orarie di accesso. Tali aspetti devono essere regolamentati al fine di garantire equità e sicurezza per il paziente.

È quindi necessario garantire che in caso di indisponibilità nella fascia oraria di accesso di consulenze utili a completare l'inquadramento diagnostico del paziente, queste possano essere garantite mediante percorsi facilitati entro le successive 24 h (massimo 36h per gli accessi nel fine settimana).

Per l'organizzazione di tale funzione, si raccomanda di rispettare le seguenti indicazioni:

1. Chiusura dell'accesso in PS.
2. Contestuale richiesta della prestazione da eseguire in modalità differita specificando anche le modalità per l'ottenimento della stessa (orario, sede, ecc.). Tale prestazione va regolarmente registrata all'interno dell'evento di PS in modo da garantire che la compartecipazione alla spesa avvenga alle condizioni previste dalla normativa vigente per le consulenze in PS
3. Devono essere presenza di percorsi dedicati per l'accesso diretto entro 24/36h
4. Non deve essere previsto un secondo accesso in PS per l'ottenimento della prestazione

Fra i processi di supporto, oltre ai servizi diagnostici ed alle consulenze sono da segnalare i trasporti intra ed inter-spedalieri che devono essere dimensionati in relazione alle modifiche giornaliere e stagionali dei fabbisogni.

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
-----------	-------	-------

Definire tempi standard per diagnostica, laboratorio e consulenze e adeguare i flussi informativi al fine avviarne il monitoraggio	RER AZIENDE	8 MESI
Definire un regolamento regionale per l'erogazione appropriata delle prestazioni strumentali e consulenze che includa anche la definizione delle modalità di accesso a prestazioni non immediatamente disponibili.	RER AZIENDE	6 MESI

H. Osservazione breve intensiva

La funzione di OBI deve essere garantita in tutti Pronto soccorso. Le unità di OBI possono essere attivate anche all'interno delle UU.OO. di Pediatria ed Ostetricia/Ginecologia, quando organizzativamente dotate della funzione autonoma di accettazione e ricovero urgente; non sono previste nei Punti di Primo Intervento (PPI). In contesti ospedalieri particolari potranno essere considerate funzioni di OBI anche all'interno di alcuni reparti specialistici, quando questo tipo di scelta risulti migliorativa per i percorsi e la sicurezza dei pazienti.

L'attività di OBI va collocata all'interno delle strutture di PS o in spazi attigui organizzati (es. open-space e/o box singoli) in modo da poter garantire la tutela della privacy, il comfort del paziente ed il rispetto dei requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalle norme di accreditamento.

La dotazione complessiva di postazioni dedicate all'OBI deve tenere conto del numero di accessi effettivi annui del Pronto Soccorso di riferimento e corrispondere ad 1 ogni 5000 accessi. Si prevede che il 50% delle postazioni di OBI devono essere dotate di un sistema di monitoraggio multi-parametrico. Le dotazioni relative agli OBI specialistici saranno definite con appositi documenti di indirizzo.

La dotazione di personale dedicato deve essere proporzionale al numero di postazioni attive: per un modulo base di 8 posti letto, si indica come dotazione minima la presenza di una unità infermieristica nelle 24 ore e di una unità medica per almeno 8 ore diurne (incrementabile fino a 12h/die in relazione al numero di postazioni aggiuntive); nelle ore notturne la presenza del medico è assicurata dal personale in servizio presso il PS. La presenza di personale OSS deve essere dedicata nelle 12 ore diurne e condivisa con il PS nelle ore notturne.

La dotazione tecnologica deve essere compatibile con modalità e contenuti assistenziali e possibilmente condivisa con il PS / reparto di Medicina d'Urgenza.

La funzione di OBI si rende necessaria per rispondere alle seguenti esigenze:

- Osservazione clinica per pazienti con quadri clinici non definiti dopo la prima valutazione in Pronto Soccorso, anche al fine di migliorare l'appropriatezza del ricovero / la sicurezza della dimissione.
- Trattamento di patologie a basso rischio evolutivo e con possibilità di completa risoluzione a breve termine (es. colica renale).
- Problematiche socio-assistenziali quando non siano tempestivamente attivabili altre soluzioni a tutela della salute e della sicurezza del paziente ed in attesa delle stesse

L'OBI si è dimostrata essere una soluzione organizzativa efficace dal punto di vista dei costi (es. meno ricoveri) ma anche un potente strumento di miglioramento dell'accuratezza diagnostica e di contenimento del rischio clinico (es. dimissioni più sicure).

Si ritiene che l'appropriato utilizzo della funzione di OBI possa contribuire alla riduzione dei tempi di permanenza in PS per il completamento del percorso diagnostico terapeutico al di sotto delle 6 ore. La decisione di destinare un paziente in O.B.I. spetta al medico di P.S. oppure al medico specialista che svolge attività di accettazione e ricovero urgente (es. Pediatria, Ginecologo).

L'accesso ai servizi diagnostici ed alle consulenze specialistiche per il paziente in OBI deve seguire gli stessi canali preferenziali previsti per i pazienti in P.S.

L'iter di P.S. può principalmente esitare nel ricovero o dimissione del paziente; l' O.B.I. può essere considerata come un esito intermedio in cui la decisione di dimissione o di ricovero viene rimandata ad un tempo successivo che si ritiene non debba superare le 36 ore e non essere inferiore alle 6 (durata massima e minima dell'OBI).

Il percorso di O.B.I. può esitare a sua volta in:

Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall' ora di dimissione dall' O.B.I.) o trasferimento presso altra struttura per acuti;

Invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il ritorno presso strutture ambulatoriali dell'Azienda sanitaria.

A tal proposito è auspicabile prevedere l'eventuale completamento dell'iter diagnostico intrapreso in regime di OBI nelle due settimane seguenti, garantendo la continuità assistenziale nell'ambito dello stesso episodio di cura.

L'OBI non è appropriata per i pazienti che presentano una chiara indicazione al ricovero o per i quali si prevede una durata di osservazione superiore allo standard massimo definito.

L'impiego dell'OBI non è previsto per la gestione dei pazienti critici, anche nell'ottica di una iniziale stabilizzazione (es. pazienti da sottoporre a trombolisi sistemica o a ventilazione non invasiva).

La funzione di OBI non può essere attivata per la gestione di pazienti in attesa di ricovero (posto letto).

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
Adozione in tutte le strutture con PS e DEA della funzione di OBI nel rispetto dei criteri definiti (anche in riferimento agli OBI specialistici)	AZIENDE	12 MESI
Monitoraggio dell'appropriatezza dell'OBI	RER AZIENDE	3 MESI
Costituzione di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di indicazioni volte all'appropriato utilizzo dell'OBI e dell'osservazione temporanea in PS, anche per quanto attiene la regolamentazione degli OBI specialistici.	RER	2 MESI

I. Dimissione e boarding

Rispetto alla permanenza complessiva in PS tra i fattori più rilevanti vi è la difficoltà a ricoverare tempestivamente i pazienti che ne hanno indicazione, per carenza di posti letto disponibili, in particolare in alcuni periodi dell'anno; questo fenomeno è noto anche con il termine di "boarding" (pazienti in attesa di ricovero) ed è il fattore più influente nel determinare il sovraffollamento in PS. Su questo aspetto con la Delibera N. 1827 del 17/11/2017 "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della Regione Emilia-Romagna" sono state fornite specifiche indicazioni tra le quali si richiamano:

- Definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del PS al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio.
- Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione dai reparti anche nei giorni prefestivi e festivi, almeno per i pazienti che non richiedano, o che dispongano già, di una presa in carico territoriale, in particolare in occasione di festività che cadano a ridosso del fine settimana.
- Implementazione di un cruscotto in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o liberi in tempi brevi

- Istituzione di una funzione di bed management con la finalità di ottimizzare l'utilizzo della risorsa posto letto mediante un puntuale governo delle fasi di ricovero e di dimissione.
- Definizione di piani specifici in relazione ai periodi di prevedibile sovraffollamento che definiscano la possibilità di attivare ricoveri sovranumerari all'interno dei reparti o ricoveri "fuori reparto" a carico della struttura complessa di riferimento (appoggio), l'attivazione estemporanea di Posti Letto aggiuntivi all'interno di reparti dedicati ed il ripristino, laddove limitata, della possibilità di ricovero H24 da PS verso i reparti di degenza per acuti.

Effetti analoghi a quelli del boarding possono aversi a causa di una difficoltà nell'attivazione dei trasporti per pazienti dimissibili al domicilio o in struttura. Le aziende dovranno valutare e adottare azioni volte anche alla riduzione di tale problema ove rilevante.

Un ulteriore elemento di complessità può manifestarsi per le situazioni che necessitano di un affidamento tempestivo alla rete dei servizi sociosanitari. Al fine di dare risposte adeguate a quest'ultima tipologia di problema è necessario potenziare l'interfaccia tra Pronto Soccorso e strutture territoriali identificando anche strumenti in grado di superare le attuali limitazioni (es. orari, figure professionali di interfaccia, trasmissione delle informazioni, ecc.)

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
Dare piena attuazione alla DGR "iperafflusso" con particolare riferimento alla fase di OUTPUT ed effettuare verifiche con strumenti appropriati (audit e indicatori)	AZIENDE	6 MESI
Definizione di accordi con la rete dei servizi sociosanitari per la presa in carico tempestiva dei casi di rilevanza sociale	AZIENDE	8 MESI

J. Sistema informativo e monitoraggio

In relazione alle azioni descritte ai punti precedenti si rende necessario un adeguamento dei sistemi informativi affinché possano supportare le attività clinico-organizzative nonché il monitoraggio delle stesse sia a livello locale che regionale.

A tal fine occorrerà intervenire

- sugli applicativi sanitari in uso presso i diversi PS e in ET
- sui flussi informativi regionali, anche nel rispetto delle indicazioni del sistema NSIS
- sugli strumenti di monitoraggio in tempo reale e di reporting periodico

Rispetto agli applicativi, non optando per un'ipotesi di sistema unico come già attuato in diverse altre regioni, occorrerà identificare le principali aree in cui introdurre vincoli più stringenti: in primo luogo occorrerà intervenire sulle modifiche del sistema di triage in una logica di approccio per percorsi, garantendo al contempo interoperabilità con i sistemi dei servizi diagnostici e con i gestionali ospedalieri (es. posti letto) e territoriali (es. ET). Di particolare rilevanza in fase di emergenza è il tema della protezione dei dati personali ed il suo bilanciamento con la necessità di accedere in modo tempestivo a tutte le informazioni sanitarie disponibili. Le informazioni dovranno poter essere lette in un'ottica di percorso e non semplicemente di episodio di cura.

Come noto a livello nazionale è attivo il flusso EMUR che raccoglie i flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza da parte del Pronto Soccorso e del 118. La Regione Emilia-Romagna in coerenza con quanto definito a livello nazionale ha attivato a partire dal 2009 i corrispondenti flussi regionali.

La valutazione dello stato attuale dei flussi informativi e della qualità del dato consente di identificare alcune criticità e priorità di intervento sugli stessi. Dovranno essere omogeneizzate le modalità di codifica con particolare riferimento ai tempi e alle diagnosi nonché ad ogni altra informazione necessaria all'elaborazione degli indicatori previsti, al fine di rendere confrontabili le performance.

In particolare, in merito alla codifica delle diagnosi è necessario implementare sistemi che facilitino l'individuazione del codice più appropriato rendendo tale attività compatibile con i tempi ristretti imposti dalle attività di emergenza-urgenza.

Per quanto riguarda i tempi questi dovranno essere rilevati dal sistema informatico in modo contestuale allo svolgimento dell'attività, a tal fine potranno essere adottati strumenti in grado di rilevare in modo automatico l'avanzamento del flusso di lavoro.

Per quanto riguarda la codifica delle diagnosi si ritiene che una puntuale rilevazione del dato, al di là delle fisiologiche e previste limitazioni all'affidabilità della diagnosi in Emergenza-Urgenza sia indispensabile ai fini della corretta gestione del paziente in una logica di percorso diagnostico terapeutico anche al di fuori dei confini del PS. È infine necessario allineare l'anagrafe delle strutture erogatrici con il modello di rete e con la classificazione delle strutture individuata. Rispetto al flusso, dovranno inoltre essere riviste le tempistiche di invio al fine di rendere efficaci i sistemi di monitoraggio e reporting.

La necessità di ottimizzare i flussi all'interno dei PS rende indispensabile garantire sistemi di monitoraggio in tempo reale delle performance e delle principali variabili ad esse correlate. In linea con le indicazioni regionali dovrà essere disponibile in tempo reale l'indice di affollamento NEDOCS, nonché l'andamento dei tempi di processo per ciascun paziente al fine di intervenire in modo proattivo rispetto alle criticità.

Oltre a tali sistemi di monitoraggio in tempo reale saranno sviluppate reportistiche periodiche volte all'analisi delle performance per il miglioramento dei percorsi, dei tempi e degli esiti.

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
adeguamento del flusso informativo di PS al fine di registrare e monitorare le funzioni previste dal presente documento	RER AZIENDE	8* MESI
implementazione di strumenti informativi per i pazienti, gli accompagnatori ed i cittadini in al fine di facilitare la conoscenza della rete e la scelta del PS verso cui indirizzarsi	RER AZIENDE	8 MESI
adozione di un sistema regionale di monitoraggio in continuo dei principali parametri relativi alla funzionalità dei PS, con specifica reportistica	RER	6 MESI
* sono previsti step successivi in relazione all'implementazione degli adeguamenti dei S.I. descritti ai punti precedenti		

K. Ottimizzazione strutturale e funzionale

L'attuazione del quadro complessivo degli obiettivi e delle strategie definite dal presente documento deve necessariamente essere accompagnata da specifiche linee d'indirizzo per la progettazione che siano in grado di conseguire la migliore e più efficiente configurazione funzionale, dimensionale, distributiva e prestazionale degli spazi nonché delle relazioni operative delle nuove strutture di Pronto Soccorso regionali.

Ciò deve avvenire in un contesto di reale flessibilità strutturale e gestionale, in grado di supportare le migliori condizioni di assistenza per i pazienti e di lavoro per i professionisti in uno scenario notoriamente mutevole e dinamico.

La complessità e la specificità multidisciplinare degli indirizzi progettuali rendono necessaria la predisposizione di uno specifico Studio che fornisca criteri espliciti ed oggettivi, di natura qualitativa. Gli indirizzi dovranno fornire risposte propositive e non limitative ai diversi ambiti

territoriali ed organizzativi di futura applicazione e pertanto saranno contraddistinti da ampi margini di adattabilità.

A tale fine, lo Studio dovrà prevedere l'analisi e successivamente l'identificazione di strategie ed indirizzi operativi in grado di integrare:

- istanze cliniche o di percorso (intra-PS e nell'interfaccia con l'esterno – H e T);
- istanze di sistema e di organizzazione;
- istanze relative ai soggetti coinvolti (pazienti, familiari, accompagnatori e professionisti).

Inoltre, la complessa integrazione delle molteplici esigenze che convergono sull'operatività delle strutture di PS dovrà essere perfezionata, nel rispetto dei seguenti ulteriori criteri:

- flessibilità e scalabilità;
- coerenza strutturale (assetto distributivo) e funzionale (modello organizzativo ed esigenze operative);
- sicurezza e igiene;
- comfort e umanizzazione;
- accessibilità ed interazione multiculturale;
- sostenibilità energetica, prestazionale ed ecocompatibilità (Criteri Ambientali Minimi di cui al D.lgs 50/2016 e ss. mm. e ii.).

Ciò premesso, lo Studio dovrà presentare una struttura metodologica coerente con il presente Piano, che definisce, per le strutture di PS, il seguente assetto funzionale in aree omogenee:

- Area esterna funzionale alle relazioni di accessibilità;
- Area ingresso, accettazione anagrafica e triage;
- Area visita medica, richiesta esami/consulenze e trattamento;
- Area decisione e gestione dimissioni/ricovero;
- Area Diagnostica;
- Area Osservazione Breve Intensiva (OBI);

Lo sviluppo dello Studio, si prevede possa presentare la seguente articolazione:

- gli obiettivi di miglioramento e di innovazione;
- i presupposti funzionali e operativi;
- le dotazioni strutturali, tecnologiche e di arredo;
- le configurazioni distributive: prossimità e interazione delle funzioni e delle relazioni operative;
- la qualità ambientale degli spazi.

Sarà così possibile fornire ad ogni azienda sanitaria regionale, impegnata nella fase di riprogettazione della propria struttura di Pronto Soccorso, un quadro organico ed integrato di informazioni per conseguire la migliore configurazione progettuale degli spazi e delle correlate relazioni operative, nonché un'efficace integrazione con la struttura ospedaliera di riferimento e l'intero sistema territoriale, a beneficio del paziente e degli operatori.

Lo Studio potrà prevedere un sistema di monitoraggio che consenta di riscontrare eventuali criticità e, conseguentemente programmare specifiche azioni di miglioramento e ri-orientamento delle scelte a carattere funzionale, dimensionale e prestazionale degli spazi e delle relazioni operative.

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
definizione di linee di indirizzo per conseguire la migliore e più efficiente configurazione funzionale, dimensionale, distributiva e	RER AZIENDE	6 MESI

prestazionale degli spazi e delle relazioni operative afferenti alle nuove strutture di Pronto Soccorso regionali		
---	--	--

L. Sviluppo professionale e qualificazione delle competenze

Nell'ambito dell'Emergenza urgenza la qualificazione professionale e l'acquisizione delle competenze sono strettamente correlate all'evoluzione dei modelli organizzativi e con essi delle funzioni e dei ruoli professionali.

La complessità operativa dell'emergenza urgenza è determinata dalla variabilità degli scenari clinici e dalla molteplicità delle interazioni sia in termini di multi-professionalità che di interistituzionalità, contestualizzati in un ambito in cui il tempo e l'evoluitività delle condizioni determinano una pressione costante sui processi clinico-assistenziali ed organizzativi. In tale contesto l'affidabilità dei processi è in gran parte legata al "fattore umano" che consente di ridurre il rischio di disservizi e di eventi avversi.

A tale livello di complessità si affianca un fenomeno sempre più rilevante di turn-over delle figure professionali che nell'ambito dell'emergenza assume proporzioni più preoccupanti di quanto non avvenga in altri contesti sanitari.

Le risorse umane rappresentano dunque una leva fondamentale ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente piano. Le aziende sono chiamate ad elaborare progetti di potenziamento dettagliati, volti all'implementazione di specifiche soluzioni organizzative (in linea con quanto previsto dal Piano Regionale). Il piano potrà prevedere il potenziamento sia all'interno dei PS che nell'ambito di processi correlati ma con un impatto diretto sull'efficienza dei percorsi in pronto Soccorso. Tali piani a seguito di verifica rispetto alla fattibilità, saranno oggetto di specifico finanziamento.

OBIETTIVI	RESP.	TEMPI
Elaborazione piani di potenziamento finalizzati alla risoluzione di criticità	AZIENDE RER	3 MESI

Misure e indicatori

A completamento del presente piano si ritiene necessario definire un minimum data set di indicatori che potranno essere adottati sia per monitorare l'implementazione del piano stesso che per verificare l'effettiva funzionalità dei PS.

Gli indicatori prevedono alcuni dati di "struttura" la cui raccolta è finalizzata sia ad ottenere una descrizione esaustiva della rete che a garantire la confrontabilità delle performance. Sono inoltre previsti indicatori di processo che, facendo particolare riferimento ai tempi di permanenza ed ai tempi "intermedi", mirano a valutare le performance dell'intero percorso in Emergenza Urgenza. Sono infine stati identificati alcuni indicatori di esito finalizzati a completare le suddette misurazioni di efficienza, con i risultati clinici ed organizzativi.

Non sono inclusi gli indicatori di approfondimento delle diverse fasi (es. triage, OBI) che saranno declinati in documenti specifici.

Gli standard di riferimento se non diversamente specificato nel documento, saranno definiti in fase successiva.

Indicatori di struttura	N° postazioni presidiate
	N° di accessi
	N° accessi/N° postazioni presidiate

	N° accessi/N° medici in PS(TPE)
	N° accessi/N° infermieri in PS (TPE)
	N° PL in ospedale disponibili per ricoveri da PS
Indicatori di processo	% di accessi per codice di priorità
	Tasso di accesso
	% di accessi per percorso (livello di complessità)
	Tempo di attesa per codice di priorità 50°, 75°, 90° percentile, massimo
	% di casi che attende più del tempo previsto per il codice di priorità iniziale
	% di casi con TDP < 6H
	Tempo di permanenza oltre le 6h 50°, 90° percentile, massimo per pazienti con > 2 prestazioni
	Tempo di laboratorio (TAT) 50°, 90° percentile, massimo
	Tempo diagnostica 50°, 90° percentile, massimo
	Tempo consulenze 50°, 90° percentile, massimo
	Tempo di boarding 50°, 90° percentile, massimo
	Indicatori di esito
n° reclami/N° accessi (esclusi aspetti amministrativi)	
n° eventi sentinella	
Indice di Filtro	
% di rientri entro 72 ore (stesso motivo e diverso motivo)	
Mortalità a 24-36 h dalla dimissione (esclusi ricoverati o trasferiti)	
Mortalità in PS	

NEDOCS

L'indice NEDOCS è stato già identificato dalla DGR 1827/2017 come lo strumento principale per l'identificazione e il monitoraggio delle condizioni di sovraffollamento. Le Aziende hanno pertanto avviato la rilevazione ma da questo periodo di sperimentazione è emersa la difficoltà a individuare definizioni univoche per i diversi fattori che compongono l'indice. Al fine di raggiungere una maggiore confrontabilità del dato a livello Regionale si riportano le seguenti definizioni:

$$\text{SCORE NEDOCS} = 85.8 (C/A) + 600 (F/B) + 13.4 (D) + 0.93 (E) + 5.64 (G) - 20$$

	Indicatore	Razionale	Definizioni operative
A	Numero totale di posti presidiati in pronto soccorso.	È una misura della capacità ricettiva del PS intesa come il numero totale di postazioni in cui può essere posto un paziente e quindi letti, barelle, sedie	N° di postazioni (es. box, barelle, poltrone) in cui possono sostare in sicurezza i pazienti nelle diverse fasi (attesa, trattamento, osservazione, boarding) Sono inclusi i letti di OBI
B	Numero totale di letti in ospedale	Letti disponibili per il PS	Numero totale di letti da flusso HSP escluse le discipline che non ricoverano da PS (es. lungodegenza) Sono invece inclusi i reparti che normalmente non accettano ricoveri in urgenza ma possono essere utilizzati in fasi di sovraffollamento grave
C	Numero di pazienti in pronto soccorso	Numero di pazienti effettivamente presenti in PS	Numero di pazienti in carico alla struttura (da triage a dimissione, inclusi in pazienti in OBI) al tempo x.

			<p>Sono da includere anche i pazienti in carico a PS specialistici (es. ortopedico) se sono condivisi spazi e/o risorse</p> <p>Sono esclusi i pz inviati presso altre UO (fast track, altri PS, ambulatori accettazione e urgenza....)</p>
D	Pazienti critici	Espressione di assorbimento di risorse	Numero codici rossi in carico al tempo x
E	Tempo di attesa massimo per ospedalizzazione	Tempo di attesa massimo per il ricovero	Tempo di attesa massimo tra i pazienti in boarding al tempo x
F	Numero di pazienti in attesa di ospedalizzazione	Il numero di pazienti in boarding: hanno terminato l'iter diagnostico terapeutico in emergenza e sono in attesa del ricovero	<p>Pazienti giudicati dimissibili ma ancora presenti in PS al tempo x</p> <p>Sono considerati solo i pazienti in attesa di ricovero in reparti dello stesso presidio ospedaliero o di trasferimento per ricovero in altro presidio.</p>
G	Tempo massimo dal momento di ingresso in pronto soccorso alla visita	Il tempo massimo dal momento di ingresso in pronto soccorso (triage) alla visita	Viene considerato il tempo massimo atteso tra i pazienti in attesa al tempo x