

# STRATEGIE DI RIORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI IN PS

*Dr. Mario Cavalli*

**Nuovi standard per i Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna**

Bologna 13 Maggio 2019





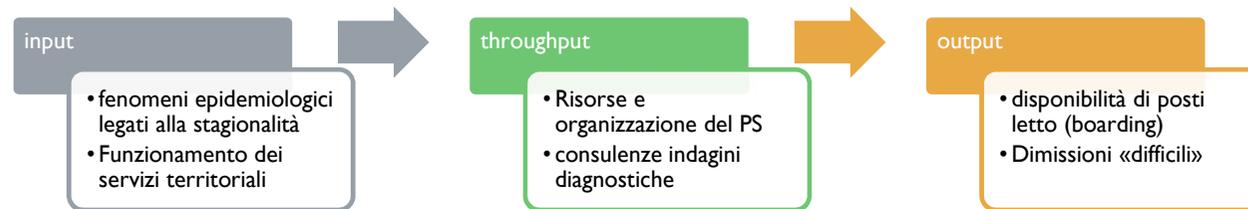
## RIORGANIZZARE I PERCORSI IN PRONTO SOCCORSO

- La sfida è ardua e complessa perché:
- Sono coinvolti molteplici attori interni ed esterni
- È necessario intervenire sia su aspetti di processo che di struttura
- Richiede un investimento in termini di risorse e competenze
- È necessaria un'evoluzione «culturale» dei professionisti e delle intere organizzazioni
- Il cambiamento deve essere portato avanti in un contesto già sotto stress

**Ma è ineludibile per garantire migliore qualità per i cittadini  
e mantenere la complessiva sostenibilità del sistema di emergenza ospedaliera**

---

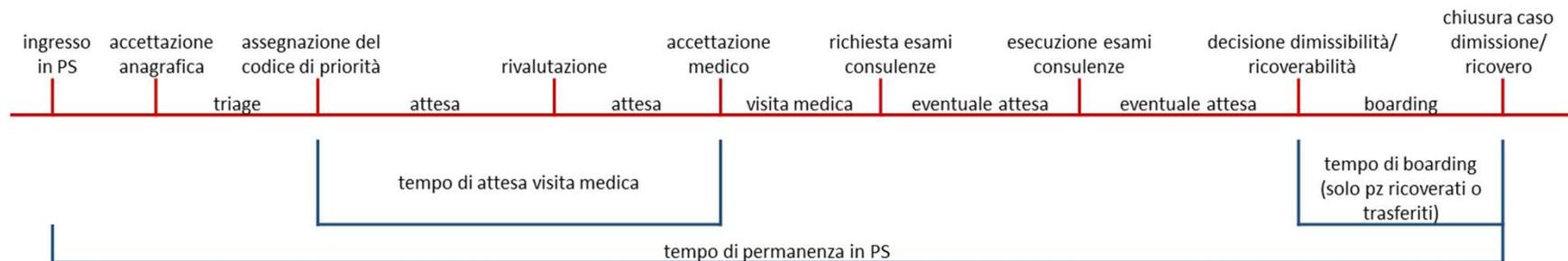
## IL MODELLO DI RIFERIMENTO (ASPLIN 2003)



Rispetto all'ottimizzazione del processo il ruolo del Pronto Soccorso si esplica prioritariamente nella 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.

Allo stesso tempo devono essere governate le interfacce in entrata ed in uscita sviluppando sinergie con le strutture della rete.

I «colli di bottiglia» possono collocarsi in ognuna delle fasi del percorso e possono dipendere da molteplici fattori.



Ciascun PS e con esso l'Azienda, è chiamato ad analizzare i propri flussi ed individuare le criticità specifiche e conseguentemente le soluzioni più idonee.

Le linee di indirizzo forniscono indicazioni in merito a Strumenti gestionali ed operativi.

# TRIAGE

## Le criticità

- Il ruolo del triage è sempre più rilevante nella gestione dei percorsi:
  - Corretta e tempestiva identificazione e registrazione del paziente
  - Non solo valutazione della priorità ma anche della complessità clinico assistenziale
  - Rilevazione dei bisogni non clinici (es. condizioni di disagio sociale, abuso, ecc.)
  - Rilevazione del dolore (oltre ai consueti parametri)
  - Avvio test diagnostici
  - Avvio fast-track
  - Gestione della relazione, empatia

Senza creare  
accodamenti o  
rallentamenti

## Le linee di indirizzo

- funzione di Triage deve essere attiva h 24 in tutte le strutture di Pronto Soccorso.
- servizi di accoglienza / informazione (es. collaborazione con associazioni di volontariato)
- Per ciascun turno infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva
- Modulazione degli infermieri dedicati in relazione a fasce orarie/giorni della settimana
- quando necessario, 1 unità una dedicata alla rivalutazione.
- supporto di personale amministrativo nelle fasce orarie diurne.
- percorso formativo specifico per l'infermiere di triage

---

# ATTESA

## Le criticità

- La fase dell'attesa pone problemi di:
  - Sicurezza
  - Umanizzazione
  - Conflittualità

Devono essere presidiate tutte le attese non solo quella prima della visita: condizioni e spazi di attesa diversi per attesa diagnostiche, dimissione, ricovero, trasporto, ecc.

## Le linee di indirizzo

- Rilevanza della rivalutazione anche per assicurare 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.
- Ove appropriato, personale dedicato alla rivalutazione e sorveglianza dei pazienti in attesa
- Supporto alla gestione e umanizzazione anche mediante la collaborazione con il volontariato
- strumenti tipo monitor per informazione e intrattenimento
- preferibili le soluzioni che prevedono diversi spazi di attesa per le diverse fasi del percorso (pre e post-visita).
- soluzioni specifiche, anche strutturali, per l'attesa di gruppi particolari di pazienti (pazienti con agitazione psico-motoria, vittime di violenza, bambini, ecc.)
- Monitoraggio degli abbandoni



## I PERCORSI INTERNI

- 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.
- 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.
- D'altra parte, appare opportuno segnalare che eventuali strategie di iper-segmentazione del flusso possono esitare in una vera trappola organizzativa ed influenzerlo negativamente.

---

## TVR

- L'assegnazione a uno dei percorsi per complessità, ed in particolare a quella intermedia, in alcuni casi richiede:
  - Una valutazione più approfondita
  - Una maggiore expertise
  - Competenze multiprofessionali
  - Conoscenza della situazione dei flussi in tempo reale
- 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 viene svolta anche solo nelle fasce orarie di maggiore afflusso, da un team medico-infermieristico funzionalmente dedicato, in uno spazio designato, preferibilmente attiguo al Triage, secondo protocolli definiti. I professionisti assegnati a tale attività devono possedere adeguati livelli di esperienza.

---

## PERCORSI INTERNI (STRATEGIE 2)

- 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**. 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.
- 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)**, in relazione agli andamenti orari degli accessi, con il compito di ottimizzare la presa in carico, il trattamento e la rapida dimissione dei pazienti arruolati.

---

## PERCORSI INTERNI (STRATEGIE 2)

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 sui 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.

Presenza di  
facilitatori «esperti»  
Medico di area,  
flussista infermiere  
di processo...

---

## PROCESSI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO

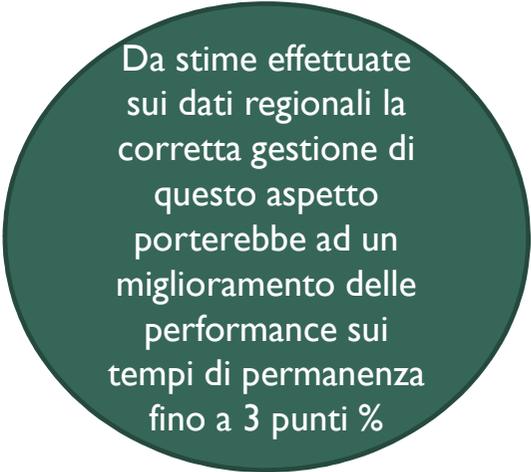
### Le criticità

- Dai dati disponibili appare chiaro che l'esecuzione di indagini diagnostiche (RX, TAC, Eco) e di consulenze sia uno degli elementi che in molti casi determina il rallentamento del flusso all'interno del PS
- Le doverose pressioni sui servizi a garanzia dell'attività programmata non possono pregiudicare la tempestività risposta in emergenza-urgenza (se appropriata)
- È necessario garantire coerenza tra le priorità imposte dall'emergenza urgenza e l'attività dei servizi

### Le linee di indirizzo

- Misurare tempi di erogazione e definizione di standard
- Agire sull'appropriatezza delle richieste (definizione di protocolli)
- Agire sulla capacità produttiva dei servizi e UUOO.
- Separare i flussi programmati e in emergenza.
- Governo del sistema dei trasporti intra ed inter-spedalieri

- 
- 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 di accesso 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:
    - Chiusura dell'accesso in PS con l'indicazione della prestazione da eseguire successivamente e delle modalità per l'ottenimento della stessa (orario, sede, ecc.)
    - Presenza di percorsi dedicati per l'accesso diretto entro 24/36h
    - Non deve essere previsto un secondo accesso in PS per l'ottenimento della prestazione
    - Per la compartecipazione alla spesa devono essere applicate le condizioni previste dalla normativa vigente per le consulenze in PS



Da stime effettuate sui dati regionali la corretta gestione di questo aspetto porterebbe ad un miglioramento delle performance sui tempi di permanenza fino a 3 punti %

---

## OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

- L'Osservazione breve intensiva rappresenta un'importante strumento a garanzia dell'efficienza e della sicurezza dei percorsi in PS per i casi
  - Che presentano un rischio evolutivo nel breve termine;
  - Che necessitano di terapie per patologie a complessità non elevata;
  - Che Necessitano di approfondimento diagnostico.

Al fine di garantirne l'ottimale funzionalità è necessario garantirne un utilizzo appropriato e un'adeguata dotazione professionale.

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

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 (admission).



## OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

La funzione di OBI deve essere garantita in tutti Pronto soccorso.

L'attività di OBI va collocata all'interno delle strutture di PS o in spazi attigui

50% delle postazioni di OBI devono essere dotate di un sistema di monitoraggio multi-parametrico.

La dotazione di personale dedicato deve essere proporzionale al numero di postazioni attive: (dotazione minima per 8 posti letto > 1 unità infermieristica h 24 e 1 unità medica nelle ore diurne (8 h incrementabile di 1h/die per ciascun letto aggiuntivo);

---

## DIMISSIONE E BOARDING

- Il boarding rappresenta un elemento cruciale per la funzionalità del PS. Spesso rappresenta la causa principale di sovraffollamento anche in assenza di iperafflusso.
- Per essere affrontato è necessario il coinvolgimento dell'intero Ospedale e azioni di coordinamento che richiedono competenze specifiche sulla gestione dei flussi.
- Potenziamento delle funzioni di bed management
- Admission room
- Separazione flussi urgenti e programmati
- Dimissioni dalle degenze nei prefestivi e festivi
- Attivazione e monitoraggio dei piani aziendali per il sovraffollamento

NB dimissioni verso servizi territoriali

---

## IN SINTESI

- Il Dipartimento e le unità operative di emergenza urgenza sono il livello in cui devono essere attuate le azioni che attengono alla riorganizzazione dei percorsi interni al Pronto Soccorso (fase di throughput)
- A questi livelli è necessario agire con investimenti in termini di:





La sfida è ardua e complessa ma ineludibile

la responsabilità è affidata alle direzioni aziendali ma gli obiettivi sono sostenuti da specifiche azioni di sistema ed investimenti di livello regionale

le linee di indirizzo sono il frutto di un lungo e vivace confronto con i professionisti e le aziende e fondate sulle migliori pratiche anche locali

ci sono i presupposti per garantire il miglioramento della capacità del sistema di rispondere ai cittadini in condizioni di emergenza-urgenza