

IL PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO IN EMERGENZA URGENZA IN EMILIA-ROMAGNA

Kyriakoula Petropulacos

Nuovi standard per i Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna

Bologna 13 Maggio 2019



LA GARANZIA DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN EMILIA-ROMAGNA

1

DGR 1056/2015
RIDUZIONE DELLE LISTE
DI ATTESA PER
L'ACCESSO ALLE
PRESTAZIONI SANITARIE.

2

DGR 272/2017 RIDUZIONE
DELLE LISTE DI ATTESA
PER I RICOVERI
CHIRURGICI
PROGRAMMATI NELLA
REGIONE EMILIA
ROMAGNA



PS

Delibera N. 603 del 15/04/2019
PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI
ATTESA (PRGLA) PER IL TRIENNIO 2019-2021

Le linee di
indirizzo per il
miglioramento
dell'accesso in
emergenza
urgenza

Determina n. 4484
del 24/03/2017
GRUPPO DI LAVORO PRONTO
SOCCORSO
SERVIZIO ASSISTENZA
OSPEDALIERA

Piano per il miglioramento dell'accesso in Emergenza Urgenza

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 al 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

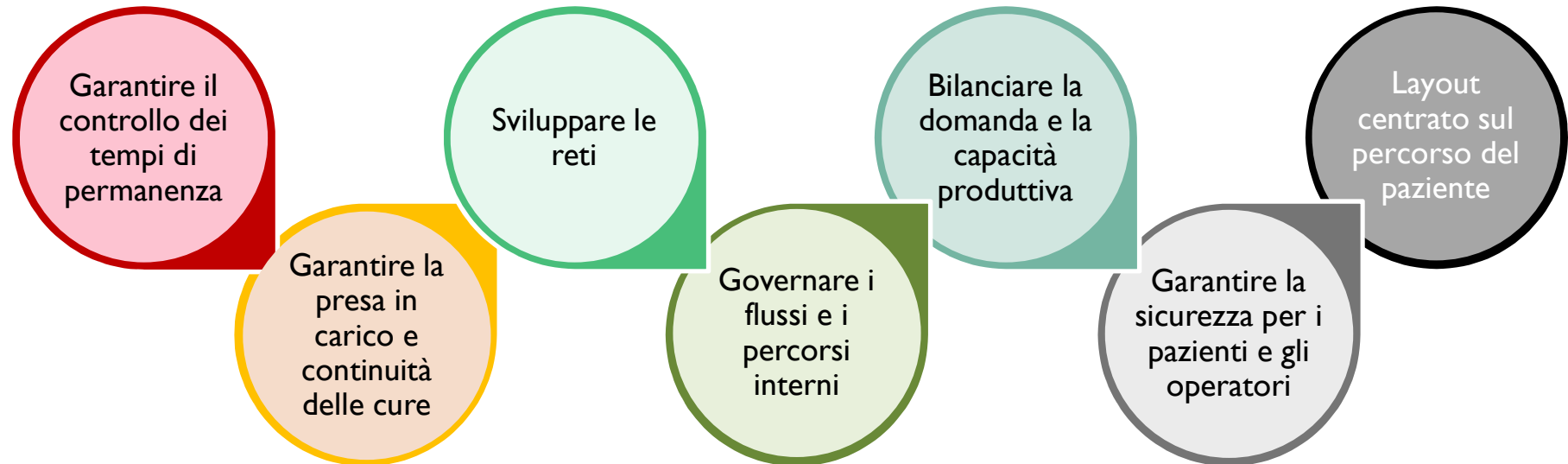
I servizi di Pronto Soccorso (PS) rappresentano il principale riferimento per i bisogni sanitari urgenti della popolazione; essi garantiscono equità di accesso alle cure, secondo criteri di priorità (codici colore o numerici).

Il sovraccollimento del 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 impedito dalla sproporzione tra la domanda e le risorse realmente disponibili in quel dato momento.

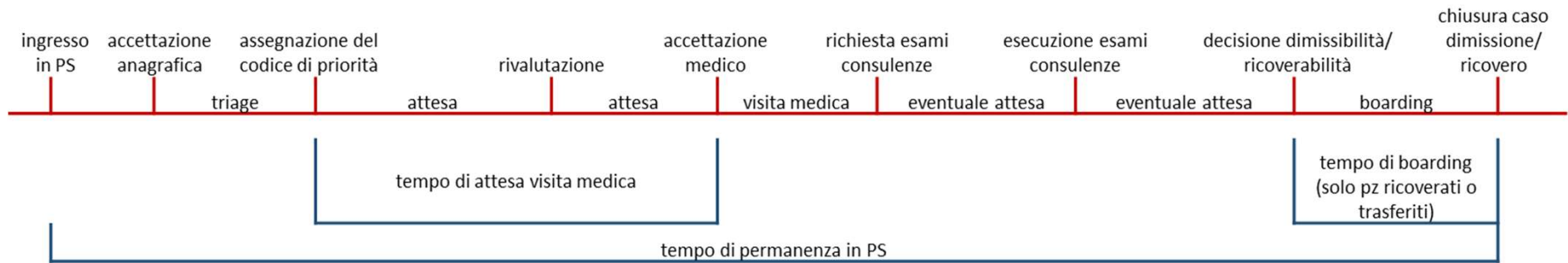
Esso impatta negativamente sulla qualità delle cure erogate, sulla soddisfazione degli utenti e sul benessere psicofisico degli operatori, inoltre è associato a molteplici esiti negativi - aumento di mortalità, ritardo nell'effettuazione di accertamenti diagnostici e nell'erogazione delle terapie necessarie, 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.

LE PRINCIPALI STRATEGIE



TEMPO DI PERMANENZA

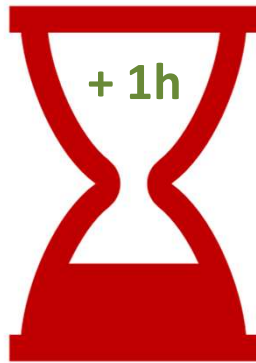


È STATO
INDIVIDUATO
UN TARGET

- Pertinente
- Misurabile
- Rilevante
- Raggiungibile

**TEMPO DI
PERMANENZA <6H
+1H (per i casi di
maggiore complessità)**





Nel 2018 il tempo medio di permanenza oltre le 6h è stato di 59.8 minuti

Il numero di prestazioni (escl. laboratorio) medie per i pazienti con permanenza superiore alle 6h è stato pari a 2.

- L'esperienza internazionale ha dimostrato che l'individuazione di un target «assoluto» di permanenza in Pronto Soccorso può determinare l'insorgenza di effetti indesiderati come la riduzione dell'indice di filtro.
- È evidente che indipendentemente dalla soglia individuata possono esistere casi di particolare complessità che necessitano di una permanenza superiore al PS e di un maggiore numero di prestazioni (almeno 2 per diagnostica immagini e consulenze) senza l'indicazione al ricovero o all'Osservazione Breve Intensiva. Per questo motivo si ritiene appropriato introdurre un margine di flessibilità di 1 ora per i suddetti casi.

AZIONI E OBIETTIVI

Responsabilità

Processi diagnostici e di supporto

Rete per l'emergenza

Osservazione breve intensiva

Accesso

Dimissione e boarding

Triage

Sistema informativo e monitoraggio

Attesa

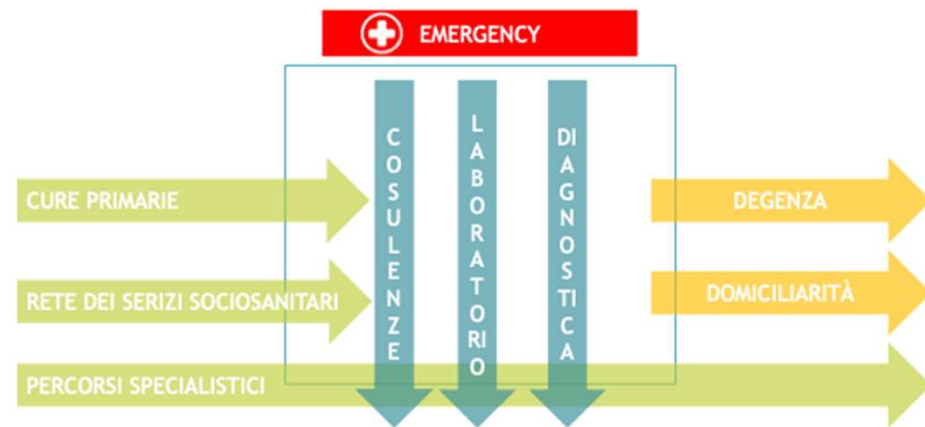
Ottimizzazione strutturale e funzionale

Percorsi interni

Risorse umane

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

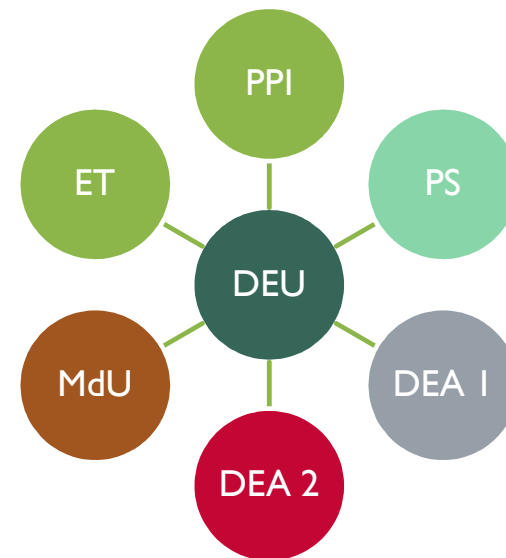


Il RAE opera in sinergia con il Dipartimento di Emergenza Urgenza e la direzione ospedaliera ed in stretta connessione con le altre funzioni deputate alla gestione dei flussi dei pazienti (bed manager, centrale dimissioni e trasporti, ecc.) e riferisce per gli aspetti di competenza direttamente alla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

RESPONSABILITÀ

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.



SVILUPPARE LE RETI

La rete sarà sviluppata secondo i principi già declinati dalla programmazione regionale

Anche rispetto a tale area l'evoluzione consolidata delle reti H&S nella nostra regione chiama in causa la necessità di non calare rigidamente la classificazione di cui al DM 70/2015 sulle singole strutture, **ma di definire gli assetti** a seguito di un lavoro che integri le diverse reti interessate (rete cardiologica, delle neuroscienze, per il trattamento dei grandi traumi e delle grandi ustioni), tenendo conto dei risultati di outcome raggiunti.[DGR 2040/2015]



SVILUPPARE LE RETI

La rete sarà sviluppata secondo i principi già declinati dalla programmazione regionale

Il Pronto Soccorso riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria **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 ma in alcuni casi, in particolare **per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari.** [PSSR 2017-2019]



ACCESSO

*Prevenire gli
accessi evitabili*

*Governare
l'iperafflusso*

- 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 o mediante un più corretto indirizzamento verso la struttura specialistica di competenza.
- Con la DGR 1827/2017, relativa al sovraffollamento 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.
- A queste si affiancano le indicazioni relative allo sviluppo di PEIMAF e delle strategie da adottarsi in situazione di eventi catastrofici non prevedibili.

GOVERNARE I FLUSSI E I PERCORSI



- Il sistema di codifica a 5 codici, 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.
- Ciò consente una migliore allocazione delle risorse umane e strumentali in relazione alla complessità della casistica individuando soluzioni ad hoc per i diversi percorsi es.
 - FAST TRACK
 - CODICI MINORI
 - TEAM DI VALUTAZIONE RAPIDA

TRIAGE (ORGANIZZAZIONE)

1. 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.
2. nei Pronto Soccorso con affluenza superiore a 20.000 accessi/anno il Triage debba essere svolta da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva;
3. 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.
4. 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, l' unità una dedicata alla rivalutazione.
5. 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.
6. 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 / disposizioni nazionali vigenti.

GESTIONE DELL'ATTESA



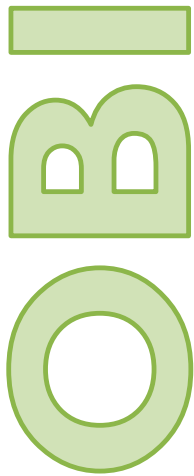
- Risultano auspicabili strumenti informativi e modalità di supporto all'attesa quali la presenza di volontari, di sistemi tipo monitor per informazione e intrattenimento, o altre iniziative volte al miglioramento del benessere degli utenti e degli accompagnatori in attesa.
- Dovranno inoltre essere 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. La rivalutazione è una fase fondamentale in quanto permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale; consente, allo stesso tempo, di rassicurare il paziente e/o i familiari e gli accompagnatori.
- Un fenomeno rilevante legato alla fase dell'attesa, sia prima che dopo la visita medica, è quello degli "abbandoni". È necessario monitorare questo aspetto e ridefinire gli standard di riferimento anche in relazione alle prestazioni realmente fruite prima dell'abbandono.

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.
- È necessario definire un regolamento per l'erogazione appropriata delle prestazioni strumentali e consulenze che includa anche la definizione delle modalità di accesso a **prestazioni non immediatamente disponibili**.
- **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 che consentano di avviare trattamenti e test diagnostici e di laboratorio in attesa della visita medica.**



OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA



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

- Osservazione clinica di patologie a rischio evolutivo;
- Terapia a breve termine di patologie a complessità non elevata;
- Necessità di approfondimento diagnostico.

DGR 1827 del 17/11/2017



DIMISSIONE E BOARDING

- 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.
 - ADMISSION ROOM
 - BED MANAGEMENT
 - DIMISSIONI SU 7 GIORNI
- Un ulteriore elemento di complessità può manifestarsi per le situazioni che necessitano di un **affidamento tempestivo alla rete dei servizi socio-sanitari**. 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.)

GARANTIRE LA SICUREZZA A PAZIENTI E OPERATORI

- Il Pronto soccorso è generalmente annoverato tra le aree a maggiore rischio di incidenti sia per i pazienti che per i professionisti. Nonostante questo gli studi che consentono di quantificare questi fenomeni sono ancora relativamente pochi anche a livello internazionale.
- È necessario implementare strumenti di gestione della sicurezza sistemati che considerino i fattori di rischio interni ed esterni

Table 1. Safety Factors in the Emergency Department⁵⁻⁷

Patient-Related	Provider-Related	Environment/System-Related
Acuity and emergent conditions	Experience	Inadequate staffing
Age extremes	Fatigue, shift work	Inexperienced staff
Communication barriers	Cognitive errors	Teamwork and communication problems
Vague or atypical complaints	Missed test results	Overcrowding
Undifferentiated presentations	Procedural errors	Boarding of admitted patients
Mental status changes	Policy deviation	Lack of equipment or equipment failures
Cognitive impairment	Transitions of care	Reliability of consultation services
Complex medical conditions		Inadequate consultation services
Lack of knowledge of medical problems and medications		Lack of complete medical records
		Difficulty using electronic health record or order entry system

Brenna M. Farmer, MD Patient Safety in the Emergency Department Emergency Medicine. 2016 September;48(9):396-404



Eventi
sentinella
in PS

Morte o grave danno
conseguente a non corretta
attribuzione del codice triage
nella Centrale operativa 118
e/o all'interno del Pronto
soccorso

terapia
farmacologica

Prevenzione del
suicidio di paziente
in ospedale

Malfunzionamento
del sistema di
trasporto

Cadute

Violenza a danno
degli operatori
sanitari

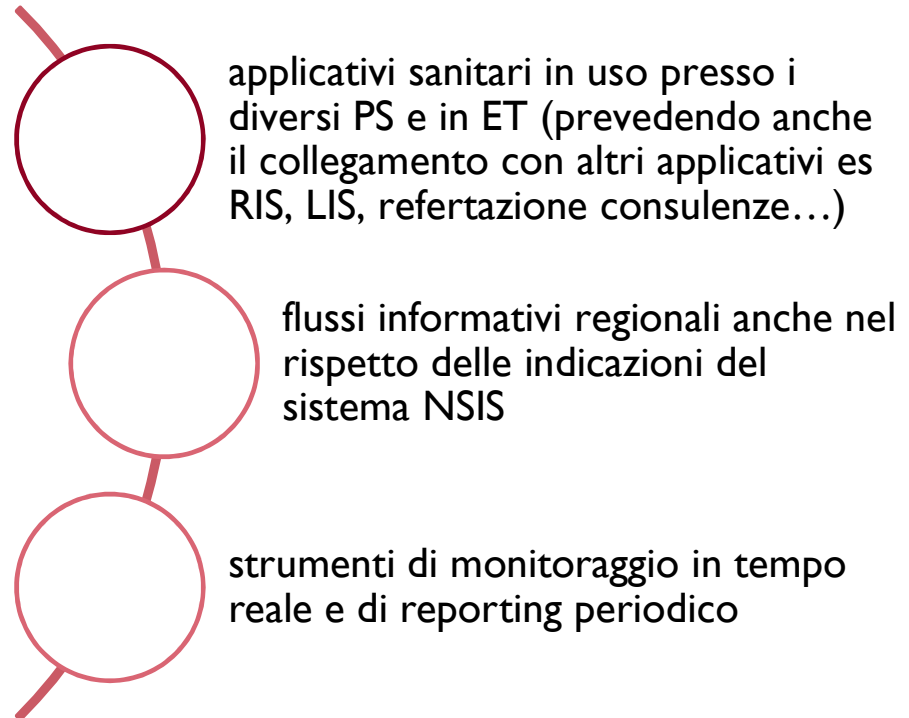
Altro*
* es. Riconoscimento
infezioni severe

Dal 2010 al 2018
41 eventi sentinella
nelle strutture di
PS della nostra
regione



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 su:



INNOVAZIONE STRUTTURALE E FUNZIONALE

L'attuazione programmata del quadro complessivo degli obiettivi e delle strategie definite per il Piano di Miglioramento dell'accesso in Emergenza Urgenza deve necessariamente tradursi in specifiche scelte d'indirizzo progettuale, in grado di conseguire la migliore e più efficiente configurazione funzionale, dimensionale, distributiva e prestazionale degli spazi e delle relazioni operative afferenti alle nuove strutture di Pronto Soccorso regionali.

Il tutto in un contesto di reale flessibilità strutturale e gestionale, in grado di offrire le migliori condizioni di assistenza clinica e assistenziale in un quadro mutevole e dinamico di condizioni sociali ed ambientali che impongono, a ciascun decisore e operatore della sanità pubblica, di agire con professionalità e responsabilità, in termini di sostenibilità forte e di complessiva resilienza.

Ciò premesso, il processo di elaborazione delle possibili configurazioni d'indirizzo progettuale confida, in primo luogo, nell'individuazione dei presupposti funzionali che devono contraddistinguere la struttura di PS, e più precisamente:

LE 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)

COMPETENZE PROFESSIONALI

Le risorse umane rappresentano una leva fondamentale ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano. **Le aziende sono chiamate ad elaborare piani di adeguamento dettagliati, volti all'implementazione di specifiche soluzioni organizzative** (in linea con quanto previsto dalle Linee di indirizzo Regionali).

Il piano prevedere il potenziamento sia all'interno dei PS che nell'ambito di processi correlati ma con un impatto diretto sull'efficienza dei processi di pronto Soccorso.



I PROSSIMI STEP

Pubblicazione delle linee di indirizzo

01

Nomina dei referenti aziendali

02

Avvio dei sottogruppi regionali (Triage, OBI, Percorsi media e bassa complessità ...)

03

Assegnazione degli obiettivi alle Aziende