



IL PRONTO SOCCORSO SI RINNOVA

Accessi più appropriati, soluzioni
alternative, nuove regole per il ticket

Vai a pagina

- 4** IL NUOVO SISTEMA DELLE CURE URGENTI: UNA VISIONE D'INSIEME
- 6** LA PRIMA MEDICINA È IL TERRITORIO
- 9** AL PRONTO SOCCORSO: IL TRIAGE DI PRIORITÀ
- 11** UN FILTRO AI RICOVERI
- 12** LA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA
- 14** LISTA INDICATIVA DEI CODICI BIANCHI IN USCITA

PROGETTO

Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità

REALIZZAZIONE

Zadig srl via Calzecchi 10, 20133 Milano

Testi: Giovanni Sabato

Disegni: Stefano Fabbri

Grafica: Laboratorio srl, Milano

Introduzione

Anno dopo anno, le unità di pronto soccorso sono sempre più affollate. In Emilia Romagna nel 2001 gli accessi sono stati più di 1.700.000 e la crescita prosegue al ritmo dell'8-10% all'anno; in modo simile, del resto, alle altre regioni.

Una larga fetta di accessi è in realtà impropria. Il pronto soccorso ha come vocazione quella di gestire le emergenze: individuare chi necessita di intervento immediato, stabilizzarlo e indirizzarlo verso i percorsi diagnostici e terapeutici opportuni.

Dal 30 al 50% dei pazienti invece vi si rivolge per esigenze diverse, che potrebbero essere risolte dal medico di famiglia o da altre strutture territoriali. Gli inconvenienti di tale pressione sono noti: l'operatore del PS è oberato da una mole di lavoro che va oltre i suoi compiti primari e i cittadini sono costretti a lunghe attese. Oggi inoltre paga il ticket chiunque non abbia subito un trauma recente o non venga ricoverato; questo criterio però non discrimina con esattezza chi ha davvero bisogno di una prestazione urgente e chi no.

L'analisi dello stato dell'arte delle cure d'urgenza e il loro miglioramento sono stati eletti a obiettivo prioritario per le

aziende sanitarie regionali per il 2003. La Delibera della Giunta regionale n. 264 del 24/02/2003, «Linee di indirizzo per il miglioramento delle cure urgenti e dell'accessibilità e appropriatezza delle attività di Pronto soccorso», mira dunque a riorganizzare il sistema delle cure urgenti. Da un lato fa il punto sulle forme di assistenza alternative al pronto soccorso, che coinvolgono medici di famiglia, guardia medica, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali. E' la rete costituita da queste diverse figure a essere la prima risorsa per assorbire la domanda di salute della popolazione, indirizzandola verso i percorsi diagnostici-terapeutici più appropriati. Da un altro lato la delibera e i suoi allegati mettono a fuoco i criteri per una migliore standardizzazione di tutti quei casi in cui si rivela invece necessaria una presa in carico del pronto soccorso ospedaliero secondo codici condivisi di priorità e gravità. Infine la delibera modifica le regole della partecipazione alla spesa, esentando chiunque fruisca del pronto soccorso in modo appropriato. Una maggiore equità e appropriatezza sono gli obiettivi dichiarati di questo nuovo sistema.

Le idee chiave

- Compito del pronto soccorso è il trattamento delle emergenze
- Altre strutture sono più indicate per prestazioni rapide di altro genere
- Un uso appropriato del pronto soccorso riduce il carico improprio di lavoro dei medici e le attese dei pazienti
- La partecipazione alla spesa deve essere più equa

Il nuovo sistema delle cure urgenti

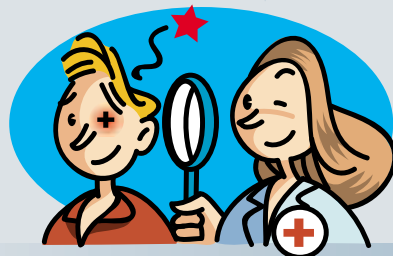
Con la nuova organizzazione, chi ritiene di aver bisogno di prestazioni non rinviabili può ottenerle mediante percorsi alternativi al pronto soccorso. In primo luogo può avvalersi delle risorse presenti sul territorio, dai medici di famiglia agli accessi urgenti della specialistica ambulatoriale. Chi si rivolge al pronto soccorso riceve una valutazione di priorità e accede alle cure più o meno in fretta a seconda del carattere di priorità che viene attribuito alla sua patologia da una prima selezione compiuta degli infermieri. Dopo le cure, il medico valuta se l'accesso in pronto soccorso è stato appropriato: solo in caso contrario il paziente paga il ticket.



NON SOLO PRONTO SOCCORSO
Per talune prestazioni, come il trattamento di piccoli disturbi o esami specialistici, il paziente può rivolgersi direttamente alle strutture territoriali adeguate, evitando di affollare il pronto soccorso



AL PRONTO SOCCORSO



TRIAGE D'INGRESSO
Chi si rivolge al pronto soccorso viene valutato da un'infermiera, che gli attribuisce un codice colore indicante l'urgenza: rosso (cure immediate), giallo (priorità intermedia), verde (priorità bassa) o bianco (nessuna urgenza)



LE ALTERNATIVE SUL TERRITORIO

Chi ha bisogno di una ricetta o di una prestazione per piccoli disturbi, in assenza del proprio medico, potrà rivolgersi agli studi associati di medicina generale, agli ambulatori di continuità assistenziale o agli ambulatori ad accesso diretto. Chi ha bisogno di prestazioni specialistiche urgenti può ottenerle direttamente tramite il CUP.



I CODICI BIANCHI
Chi riceve un codice bianco viene informato della possibilità di rivolgersi alle strutture alternative sul territorio



L'ACCESSO ALLE CURE
I pazienti accedono alle cure mediche secondo l'ordine di priorità



RICOVERO



L'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA
Nei casi in cui non è chiaro da subito se sia necessario o no il ricovero, si può tenere il paziente in osservazione per alcune ore



TRIAGE D'USCITA
Dopo le cure, il paziente riceve dal medico un nuovo codice colore, che indica questa volta l'appropriatezza



CHI PAGA IL TICKET
Chi riceve in uscita un codice bianco, se non gode di esenzioni di altro tipo, paga il ticket. Chi riceve un codice verde, giallo o rosso, o viene trattenuto in ospedale, non paga nulla.

La prima medicina è il territorio

Indirizzare verso i percorsi appropriati

Chi ha bisogno di un intervento sanitario che ritiene di non poter rimandare, spesso oggi si rivolge al pronto soccorso perché non ha altri modi di soddisfare il suo bisogno o, se i modi ci sono, perché non ne conosce l'esistenza o le modalità per accedervi. In realtà, il riferimento prioritario per le prestazioni che non rivestano un reale carattere d'urgenza è la medicina territoriale, che in questi anni ha conosciuto un deciso sviluppo. A essa è demandato il ruolo strategico di rispondere efficacemente alla domanda di salute e di indirizzare la popolazione verso i percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati.

In molte aziende sanitarie sono già stati sperimentati e realizzati i percorsi e le strutture idonei a soddisfare diverse esigenze, quali la pronta risoluzione di un piccolo disturbo o l'esecuzione di un esame diagnostico necessario in tempi rapidi. Sulla scorta dell'esperienza acquisita, tali realtà saranno estese gradualmente in tutta la regione per offrire ai cittadini un ulteriore ventaglio di alternative.

Si potrà così evitare che il paziente si rechi o sia indirizzato al pronto soccorso senza necessità, orientandolo più utilmente verso percorsi alternativi di valutazione e cura.

Le soluzioni diverse dal pronto soccorso sono:

- ✓ Gli ambulatori di guardia medica
- ✓ Gli studi associati di medicina generale
- ✓ Gli ambulatori ad accesso diretto delle strutture distrettuali
- ✓ Gli ambulatori di continuità assistenziale
- ✓ L'accesso urgente all'attività specialistica ambulatoriale



Le prestazioni erogate in tali strutture non sono soggette al pagamento del ticket.

Studi associati di medici di medicina generale

Le nuove convenzioni dei medici di medicina generale (DPR 270/00) e dei pediatri di libera scelta (DPR 272/00) prevedono l'istituzione di forme associative.

Le associazioni permettono agli assistiti dai medici aderenti di disporre, dal lunedì al venerdì, di almeno sei ore al giorno di accesso all'ambulatorio del MMG per prestazioni o prescrizioni urgenti. I cittadini hanno così a disposizione un'ampia fascia oraria in cui risolvere i bisogni che possono trovare risposta nell'ambito della medicina generale.

Oltre il 50% dei medici di famiglia della regione ha già aderito a tali associazioni. Per

potenziare ulteriormente tale livello di assistenza, le aziende sanitarie stanno sviluppando una serie di azioni:

- ✓ incoraggiare e sostenere le associazioni e in particolare la medicina di gruppo
- ✓ promuovere accordi locali che permettano, nei giorni prefestivi e festivi, l'apertura a turno di almeno un ambulatorio fra quelli dei MMG associati
- ✓ potenziare la continuità assistenziale prefestiva e festiva, costruendo sistemi di comunicazione fra MMG e guardia medica
- ✓ prevedere collegamenti strutturali ed eventuali attività integrate fra MMG, pediatri di libera scelta e medici di guardia medica

Le aziende rileveranno l'andamento degli accordi di associazione, verificando in particolare gli orari di apertura, le prestazioni erogate e le forme di integrazione fra i professionisti, e ogni sei mesi ne informeranno le Conferenze sanitarie territoriali e le organizzazioni sindacali.

L'attività specialistica ambulatoriale urgente

Le aziende predispongono una quota di prestazioni specialistiche che possono essere richieste d'urgenza dal MMG o dal pediatra di libera scelta, cioè da erogare entro le 24 ore. In base al DRG 1296/98 si distinguono tre livelli di priorità:

- ✓ livello 1: prestazioni urgenti
- ✓ livello 2: prestazioni urgenti differibili
- ✓ livello 3: prestazioni programmabili.

Chi si presenta al CUP con richiesta di visita o esame urgente, quindi, dovrà essere indirizzato verso tale percorso e non al PS. L'erogazione delle prestazioni potrà avvalersi anche delle strutture che servono il pronto soccorso, ma i due tipi di percorso dovranno restare chiaramente distinti; in particolare, anche se si renderà necessaria una valutazione da parte del triage del PS, non ci do-

vrà essere una presa in carico formale dal PS, per evitare fraintendimenti e contenziosi.

Chi compila le richieste dovrà quindi distinguere con chiarezza i casi in cui occorre una rapida prestazione diagnostica o terapeutica da quelli in cui si invia il paziente al PS per una valutazione; è importante che si ricorra a quest'ultima opzione solo nelle situazioni di effettiva urgenza.

Ambulatori ad accesso diretto

È in corso di valutazione l'attivazione in tutto il Servizio sanitario regionale degli ambulatori ad accesso diretto nei distretti, gestiti dai medici di famiglia e dai medici di guardia medica. Questi ambulatori sono già attivi in alcune realtà.

Gli ambulatori di continuità assistenziale

Sono un'alternativa, già presente in alcune aziende e che sarà estesa alle realtà cittadine dell'intero territorio regionale (DGR n. 2592 del 16/11/2002), da proporre a chi si rivolge in modo improprio al PS.



L'organizzazione

L'Assessorato regionale ha individuato alcune caratteristiche di riferimento:

- ✓ apertura nei giorni prefestivi (dalle 14 alle 20) e festivi (dalle 8 alle 20); si prevede di estendere il servizio alle ore notturne e di sperimentarlo anche per le ore diurne feriali.
- ✓ vi opereranno medici incaricati della continuità assistenziale
- ✓ saranno vicini al pronto soccorso ma in sede distinta, perché il cittadino li identifichi come soluzione alternativa per le urgenze

Chi vi accede

I pazienti vi sono indirizzati dal triage del PS, secondo un protocollo concordato fra il personale del PS e quello della continuità assistenziale. Chi si rivolge al PS per uno dei problemi contemplati nei protocolli, viene informato della possibilità di accedere all'ambulatorio di continuità assistenziale.

Ecco un elenco, indicativo e non esaustivo, di patologie e sintomi ritenuti di pertinenza della continuità assistenziale nelle realtà in cui questa è già operativa:

- ✓ **Disturbi dermatologici** (eritema solare, punture di insetto, verruche, neoformazioni cutanee benigne, infezioni cutanee localizzate eccetera)
- ✓ **Faringodinia**
- ✓ **Riniti allergiche**
- ✓ **Disturbi dell'orecchio** (otalgia, ipoacusia, acufeni)
- ✓ **Iperpiressia**
- ✓ **Infezioni oculari (congiuntivite)**
- ✓ **Disturbi osteoarticolari**
- ✓ **Misurazione della pressione arteriosa**
- ✓ **Iperensione non complicata**
- ✓ **Infezioni delle vie urinarie**
- ✓ **Odontalgia, gengiviti, stomatiti**

I Compiti

Il medico addetto:

- ✓ esegue le prestazioni ambulatoriali e le prescrizioni farmaceutiche
- ✓ redige le certificazioni di competenza del MMG
- ✓ a seconda delle necessità, può rinviare il paziente al MMG con una breve relazione o referto; affidarlo alle unità specialistiche di competenza, usando il ricettario del SSN; oppure trasferirlo all'area del PS
- ✓ indica in un registro informatizzato le prestazioni eseguite



Al pronto soccorso: Il triage di priorità

Il paziente che si rivolge al pronto soccorso viene per prima cosa valutato da un'équipe di infermieri, che stabiliscono l'urgenza con cui dovrà accedere alle cure sulla base dei protocolli prestabiliti. L'urgenza è espressa mediante un codice colore, assegnato secondo criteri stabiliti localmente.

Chi riceve un codice rosso, giallo o verde resta in attesa di accedere al pronto soccorso, più o meno in fretta secondo la priorità. I

codici bianchi accedono per ultimi alle cure, ma possono essere informati della possibilità di fruire di altri percorsi assistenziali, più idonei a una situazione non urgente (vedi pagina 6).

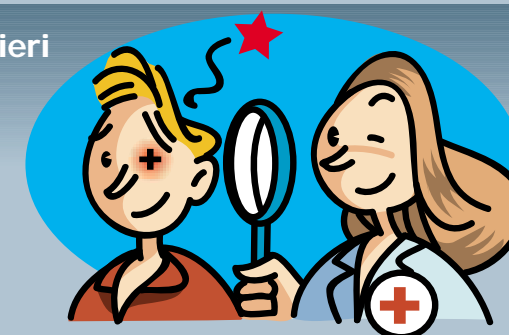
Dopo le cure il paziente riceverà una nuova valutazione, da parte del medico, per determinare se l'accesso al PS è stato appropriato; in caso contrario, viene sottoposto al pagamento di una quota analoga a quella prevista per la specialistica ambulatoriale.

Informazioni al paziente

- ✓ Il paziente in attesa della visita deve essere informato di quanto gli accade e deve percepire che l'attenzione dei sanitari non è venuta meno: il senso di essere stati «dimenticati», abbandonati a se stessi senza poter capire cosa sta accadendo, è tra le lamentele più comuni degli utenti.
- ✓ Le aziende devono individuare le modalità con cui il personale si mantiene in contatto attivo con chi è in attesa, chiarendo comunque che la priorità dipende dall'urgenza.
- ✓ Bisogna inoltre chiarire bene al paziente che potrà essere chiamato a partecipare alla spesa, a seconda della valutazione del medico.

Formazione degli infermieri

- ✓ Gli operatori di triage seguono un percorso di formazione sui protocolli stabiliti localmente per l'assegnazione dei codici colore.
- ✓ L'attività di triage di ciascuna azienda viene sottoposta periodicamente ad audit e le attività delle diverse aziende saranno messe a confronto con cadenza semestrale, per migliorare l'appro-



no messe a confronto con cadenza semestrale, per migliorare l'appro-

priatezza e l'uniformità dei criteri seguiti sul territorio regionale.

I quattro codici

Ecco le definizioni dei codici di priorità proposte dal Gruppo formazione triage:

Rosso

paziente molto critico; priorità massima; paziente con cedimento di uno dei tre parametri vitali (circolo, respiro, coscienza); accesso immediato alle cure



Giallo

paziente in potenziale pericolo di vita, cioè con potenziale cedimento di uno dei tre parametri vitali; priorità intermedia



Verde

paziente che necessita di una prestazione medica che può essere differibile, senza compromissione delle funzioni vitali; priorità bassa



Bianco

paziente non urgente

I criteri di codifica del codice bianco sono i seguenti:

- Non vi è interessamento delle funzioni vitali.
- Non è presente, al momento, alcuna sintomatologia critica o a rischio di aggravamento o di insorgenza di danni irreversibili.
- La lesione o condizione è caratterizzata da sintomi minori o è presente da qualche giorno o è cronica.

Un filtro ai ricoveri

Altre misure, a livello dell'ospedale, aiutano a rendere più razionale l'attività del pronto soccorso. Se dopo la visita d'urgenza occorrono ulteriori terapie o accertamenti, in alcuni casi si può proseguire l'assistenza senza dover ricoverare il paziente. Aumenta così la capacità del PS di fare da filtro ai ricoveri e si accresce l'appropriatezza degli stessi.

Percorsi ambulatoriali complessi

I pazienti che hanno bisogno di approfondimenti diagnostici, ma non dell'assistenza continuativa propria del ricovero, potranno essere indirizzati a percorsi diagnostici integrati che permettano di giungere in breve alla diagnosi.

Tali percorsi possono svolgersi sia in regime ambulatoriale sia, se necessario, in day hospital. Sono già stati sperimentati percorsi realizzati in collaborazione fra pronto soccorso, unità operative e servizi diagnostici con protocolli condivisi. Anche per questi è in corso un approfondimento regionale.

Attività separate

È importante ribadire che l'attività di PS deve restare nettamente separata dall'accettazione dei ricoveri programmati, anche per garantire la trasparenza di questi ultimi.



Osservazione breve intensiva (OBI)

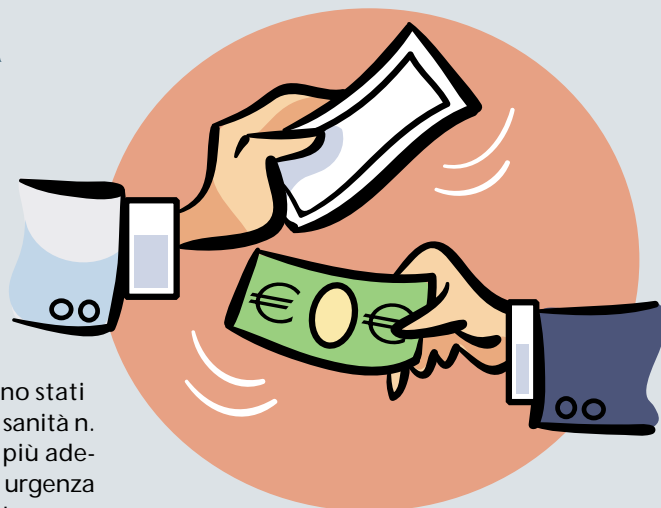
È un abito organizzativo in cui valutare più a fondo i pazienti le cui condizioni non permettono di dimmetterli con sicurezza, ma non giustificano con certezza il ricovero.

Il paziente viene tenuto in osservazione o trattato per un breve tempo, per arrivare a un giudizio clinico esaustivo

Un gruppo di lavoro regionale sta vagliando le esperienze delle diverse realtà in cui l'OBI è già attiva, per stabilire criteri omogenei riguardo agli aspetti più rilevanti, quali i tempi minimi e massimi dell'osservazione e le modalità del riconoscimento economico.

La partecipazione alla spesa

Finora, oltre ai soggetti esenti per patologia o età e reddito, erano esonerati dal pagamento del ticket in PS solo coloro che avevano subito un trauma da meno di 12 ore, che dopo un traumaricevano interventi terapeutici o venivano ricoverati. Questi criteri, validi quando sono stati emanati (circolare Assessorato alla sanità n. 33 del 30 giugno 1993), non sono più adeguati: oggi molte situazioni di vera urgenza si risolvono senza il ricovero ed esistono parametri accettati per definire il livello di criticità, a prescindere dall'eventuale trauma.



A chi il codice bianco

Il codice bianco di appropriatezza viene assegnato se ricorrono i seguenti criteri:

1) Paziente non critico

La non criticità del sintomo di presentazione si avvale dell'identificazione di parametri clinici stabili (PA, FC, Sat O2, GCS, se indicati).

2) Patologia non urgente

La non urgenza deve considerare parametri come il tempo di insorgenza del sintomo, l'intensità o la sede del dolore, la cronicità, la non necessità di una terapia d'urgenza (vedi elenco a pagina 14).

3) Presenza di percorsi sanitari alternativi extraospedalieri

Le alternative sono costituite dal medico curante o di continuità assistenziale, da percorsi di specialistica ambulatoriale, da ambulatori medici del volontariato, guardia turistica o analoghi (vedi pagina 6).

Le nuove regole, in vigore dal primo maggio 2003, prendono atto di queste novità per discriminare meglio: chi fruisce del PS per una reale urgenza viene esentato dal pagamento, chi ne fa un uso improprio viene chiamato a partecipare alla spesa con le stesse tariffe delle prestazioni specialistiche.

A questo scopo, chi è stato curato in pronto soccorso è sottoposto all'uscita a un secondo triage, da parte del medico, volto questa volta a valutare l'appropriatezza. Il medico assegna di nuovo un codice colore (rosso, giallo, verde o bianco), che può essere diverso da quello d'ingresso. Solo chi in questa seconda fase riceve un codice bianco può essere assoggettato al pagamento del ticket.

Criteri validati

I nuovi criteri sono stati validati dalla Società italiana di medicina d'emergenza-urgenza (SIMEU) e dal Gruppo formazione triage (GFT).

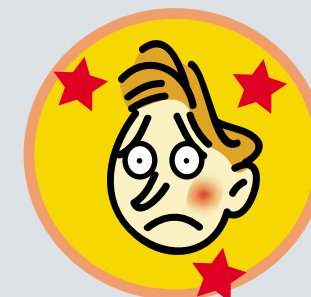
Chi paga e chi no

Non paga il ticket chi:

- 1) riceve in uscita un codice rosso, giallo o verde
- 2) viene ricoverato o tenuto in osservazione breve intensiva
- 3) è stato visitato in PS su richiesta formale di valutazione (non di visita specialistica) del MMG o pediatra di libera scelta, del medico di guardia medica o del medico di un'altra struttura di primo intervento
- 4) gode dell'esenzione per patologia, invalidità o età e reddito

Non paga il ticket, inoltre, chi si avvale delle strutture territoriali alternative al PS.

Chi in uscita riceve un codice bianco, e non rientra nelle condizioni indicate ai punti 2, 3 o 4, è invece assoggettato al pagamento del ticket secondo le tariffe della normale specialistica ambulatoriale: 23 euro per la visita, 36,15 euro come tetto per gli esami strumentali e di laboratorio.



Lista indicativa dei codici bianchi in uscita

Come esempio di prestazioni da assoggettare a ticket si riportano le seguenti condizioni cliniche, in assenza di complicanze che ne giustifichino l'accesso in urgenza. L'elenco non è esaustivo ma solo indicativo e andrà rivalutato nel corso dell'applicazione.

■ DISTURBI MUSCOLOSCHIELETRICI

- Lombalgie e rachialgie non traumatiche
- Distrazioni muscolari
- Sintomatologie algiche osteomuscolari
- Contusioni e distorsioni minori (senza frattura o lussazione)
- Colpi di frusta cervicali e distorsioni lombari di modesta entità (senza frattura o alterazioni neurologiche) o dopo le 12 ore

■ DERMATOLOGIA

- Punture d'insetto senza reazioni generalizzate sistemiche
- Rash cutanei iatrogeni e orticaria di modesta entità
- Dermatiti superficiali, prurito diffuso senza manifestazioni cutanee generalizzate, verruche, nevi, herpes simplex, micosi, foruncoli, cisti sebacee flogosate e non flogosate, patercelli e unghie incarnite, alopecia, eritema solare o da lampada, idrosadenite, cisti pilonidale, malattie a trasmissione sessuale, parassitosi cutanea
- Malattie esantematiche e tumefazione linfoghiandolare non complicate
- Ustioni di primo grado di estensione limitata
- Ferite superficiali che non necessitano di sutura ed esiti di ferite; abrasioni; rimozione punti di sutura e medicazioni

■ OCULISTICA

- Congiuntiviti, patologie palpebrali e degli annessi oculari, escluso corpo estraneo

■ OTORINOLARINGOIATRIA

- Otiti, acufeni, riniti, faringo-tonsilliti e altre flogosi minori; tappi di cerume, epistassi pregressa e non in terapia anticoagulante.
- Odontalgia, stomatiti, gengiviti, afte

■ UROLOGIA

- Uretriti, vaginiti, cistiti, sostituzione di catetere vescicale

■ GINECOLOGIA

- Patologie ginecologiche minori; test gravidici di esclusione

■ GASTROENTEROLOGIA

- Gastroenteriti acute non complicate
- Sindrome dispeptica, singhiozzo, stipsi cronica, sindrome emorroidaria

■ E ANCORA:

- Sindromi influenzali; febbre inferiore a 38 °C senza complicanze
- Rialzo pressorio asintomatico
- Ansia
- Richiesta di vaccinazione antitetanica
- Richiesta di visite mediche preventive o di esami di controllo (di laboratorio e radiologici) in assenza di motivazioni cliniche precise

Finito di stampare...

La delibera della Giunta regionale n. 264 del 24/02/2003 («Linee di indirizzo per il miglioramento delle cure urgenti e dell'accessibilità e appropriatezza delle attività di Pronto soccorso») riorganizza l'attività del pronto soccorso per renderla più razionale: definisce come stabilire se è necessaria una prestazione in pronto soccorso, prevede soluzioni alternative per rispondere a bisogni urgenti, garantisce l'essenzialità dal ticket a chiunque fruisca delle diverse strutture in modo appropriato.

Lo scopo è quello di sollevare il pronto soccorso dal crescente sovraccarico di lavoro per consentire di assistere al meglio chi ne ha davvero bisogno.

Questo opuscolo, che illustra il funzionamento della nuova organizzazione, è rivolto sia a chi opera in pronto soccorso e nelle altre strutture sia ai medici di famiglia e agli altri sanitari in grado di orientare la domanda.