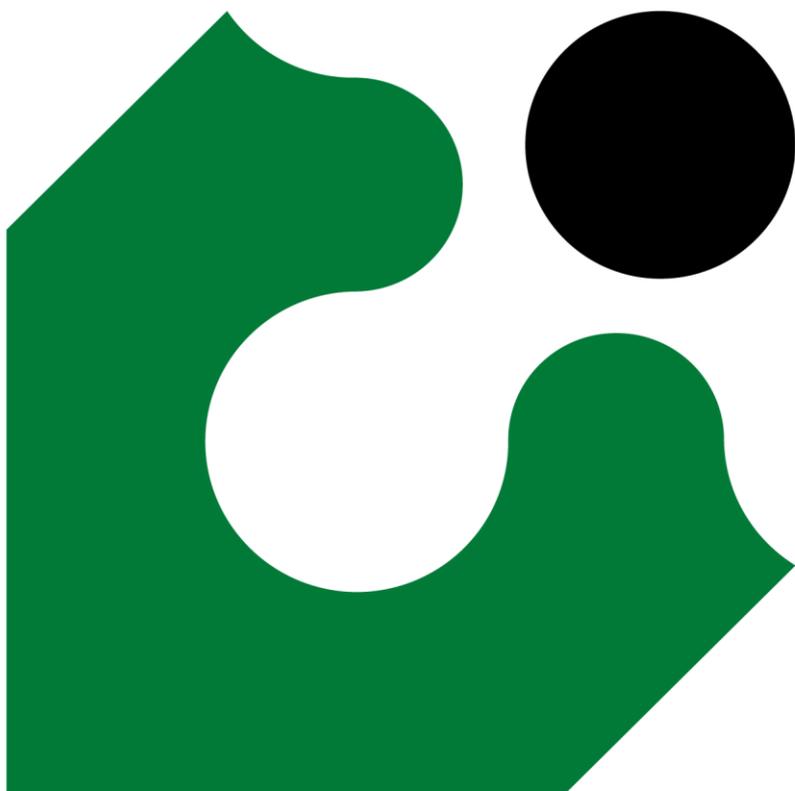


**LA VALUTAZIONE DELLA FRAGILITA' E L'UNITA' DI
DECISIONE CLINICA PER IL MIGLIORAMENTO
DELLA GESTIONE DEL PRONTO SOCCORSO**

Dott. Ernesto Contro

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2020-2021



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

DSC1901/AE

UNIMI

L'AUTORE/GLI AUTORI

*Ernesto Contro, direttore SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, ASST Monza,
e.contro@asst-monza.it*

IL DOCENTE DI PROGETTO

Marta Marsilio, Professore associato, UNIMI

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore ordinario, UNIMI

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	4
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	17
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	18
METODOLOGIA ADOTTATA.....	18
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	20
RISULTATI ATTESI	27
CONCLUSIONI	27
BIBLIOGRAFIA/ SITOGRAFIA.....	29

INTRODUZIONE

Già da anni l'ASST di Monza, ospedale di ricovero, ricerca e formazione di rilievo nazionale e di alta specializzazione, convenzionato con l'università degli studi di Milano-Bicocca e sede di EAS, ha avviato un processo di implementazione continua per il miglioramento dell'organizzazione per l'accoglienza del paziente urgente che si rivolge al nostro nosocomio.

Come è noto, al momento dell'ingresso in Pronto Soccorso, per tutti i pazienti viene svolto il "triage", nel quale viene effettuata l'identificazione dell'utente, una prima anamnesi, la misurazione dei parametri vitali, l'assegnazione di un codice colore di gravità e di conseguenza di priorità di accesso alla visita e l'assegnazione ad un'area specialistica di visita: Medica, Chirurgica, Ortopedica, Pediatrica e Ostetrico-Ginecologica.

Da questo momento, il paziente urgente può seguire diverse modalità di presa in carico che tendono a ridurre i tempi di attesa della visita medica e rendono più appropriata la risposta sanitaria.

Il primo cambiamento organizzativo in favore dei pazienti urgenti, che già da anni è in atto e che è oggetto di sempre maggiore attenzione e implementazione, è il percorso preferenziale (fast track) presso ambulatori specialistici dove sono inviati direttamente per visita gli utenti che al triage del PS presentano una chiara necessità specialistica e una condizione clinica stabile. Questo servizio è garantito, negli orari di apertura ambulatoriale diurna, per le specialità di Oculistica, Dermatologia e Otorinolaringoiatria.

Per la specialità di Ortopedia, è attiva in P.S. un'area dedicata dalle 8.00 alle 20.00 tutti i giorni della settimana.

I correttivi apportati per le "corsie preferenziali" hanno reso più corretto e mirato il percorso del paziente e in qualche modo favorito l'incremento degli accessi.

Il secondo cambiamento organizzativo, che è stato introdotto in seguito alla DGR 3379/2012, è stata l'apertura di un ambulatorio per la gestione dei pazienti con attribuzione di codice bianco, aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 11 alle ore 18. Si è provveduto pertanto alla creazione di un ambulatorio dedicato in prossimità delle sale d'accesso medico e chirurgico generale, cioè quelle dove, dopo il triage, vengono inviati tutti i pazienti con codice minore che non hanno un fast track specialistico. Dal fine 2019, complice la carenza di personale medico e successivamente la pandemia COVID, l'ambulatorio dei codici minori è stato temporaneamente chiuso.

Nel 2017, al fine di migliorare la presa in carico dei pazienti di età superiore ai 75 anni, è stato predisposto un quinto codice colore, il codice argento, che identifica all'interno dei codici verdi (di qualsiasi sala visita) una categoria di soggetti fragili cui assegnare una priorità di ingresso. Il codice argento viene assegnato anche ai bambini di età inferiore ai 6 anni, ai portatori di handicap, alle gravide e alle puerpere in allattamento.

Nel 2018 anche il nostro ospedale, con l'arrivo dei primi specialisti in medicina d'emergenza-urgenza, ha introdotto la figura del medico unico per la gestione dell'area medica e chirurgica del Pronto Soccorso. Anche questo servizio è stato interrotto dall'inizio dell'epidemia COVID.

2. Analisi dell'affluenza al Pronto Soccorso

Per quanto riguarda la descrizione dell'attuale affluenza al Pronto Soccorso, si riportano di seguito informazioni relative ai vari ambiti.

2.1 Modalità di accesso al Pronto Soccorso del San Gerardo:

Nel 2019: **106.743** pazienti totali di cui:

1. pazienti autopresentati con mezzi propri (80% circa)
2. pazienti inviati dal 118 con ambulanza (15% circa)
3. pazienti inviati da specialisti ambulatoriali o DH interni (circa 1.000/anno)
4. il resto inviati da GM e MMG (circa 1.900)

2.2 I volumi di attività del Pronto Soccorso dell'Azienda dal 2015 al 2019

I volumi di attività del Pronto Soccorso dell'Azienda, che nel 2019 registrano una sostanziale stabilità nel confronto con i 4 anni precedenti (di media 290 pazienti al giorno), evidenziano un aumento della casistica più complessa (codici gialli +4.4% e codici rossi +18,8%, mediamente 3 pazienti in più al giorno).

Il continuo aggiornamento delle procedure di triage con la stesura di un nuovo PDTA e l'utilizzo di infermieri di triage adeguatamente formati hanno ridotto l'undertriage e in parte modificato il flusso dei pazienti a favore dell'area internistica.

Tabella 1: Accessi totali al Pronto Soccorso negli anni dal 2015 al 2019 scomposti per codice colore

Codici triage	2015	2016	2017	2018	2019	2019-2015	%
Totale accessi PS	105.766	107.682	106.622	106.150	106.744	+ 978	+ 1%
Codici bianchi	27.225	24.527	25.518	26.828	28.145	+ 920	+3.3%
Codici verdi	60.557	64.104	61.205	45.386	43.900	-16.657	-1.9%
Codici argento	-	-	869	14.427	15.495	+ 15.495	-
Codici gialli	15.952	16.990	16878	17.227	16.666	+ 714	+4.4%
Codici rossi	2031	2.050	2148	2.282	2.414	+ 383	+18.8%

2.3 I volumi di attività del Pronto Soccorso suddivisi per aree specialistiche dal 2015 al 2019

L'organizzazione del Pronto Soccorso prevede, come abbiamo visto, percorsi diretti agli ambulatori specialistici (fast track) con un buon contenimento dei tempi di attesa. Ciò nonostante, come si evidenzia nella tabella 2 sotto riportata, il numero di pazienti visitati in area medica e chirurgica è comunque in costante aumento nel periodo 2015-2019: area medica +2.664 (11,1%, 7,2 pazienti al giorno), area chirurgica + 1.539 (6.7%,4.2 pazienti al giorno). Consensualmente anche i tempi di attesa sono in aumento.

Tabella 2: Accessi totali al Pronto Soccorso negli anni dal 2015 al 2019 scomposti per sala visita

	2015	2016	2017	2018	2019	2019-2015	%
Sala chirurgica	22.966	25.138	25.404	24.668	24.505	+ 1.539	+6.7%
Sala medica	23.866	24.461	24.594	26.058	26.630	+ 2.664	+11.1%
Sala ortopedica	16.485	15.165	14.669	14.599	14.288	-2.197	-13.3%
Osservazione breve	2.037	2.230	2.315	2.387	2.200	+163	+7.8%
Codici minori	3.266	3.115	3.371	2.855	2.813	- 453	-12%
Sala pediatrica	14.531	14.978	14.264	14.158	14.105	-426	-2.9%
Sala Ostetrica-Ginecologica	9.228	9.204	8.907	8.661	8.853	- 375	-4.06%
Fast Track							
Sala Dermatologica	1.561	1.377	1.281	1.235	1.288	-273	-17.5%
Sala Oculistica	8.408	8.524	8.212	7.840	8.833	+ 425	+ 5%
Sala Otorino	2.206	2.154	2.280	2.274	2.126	- 80	-3.6%

3. Valutazione dell'impatto dell'invecchiamento della popolazione sul Pronto Soccorso

L'invecchiamento della popolazione ha portato negli ultimi anni ad un aumento percentualmente rilevante degli accessi in Pronto Soccorso di pazienti anziani, in particolare per quanto riguarda la fascia d'età superiore agli 85 anni.

Come riportato nella tabella 3, nel 2019 nel Pronto Soccorso del San Gerardo sono stati gestiti quasi 22.000 pazienti ultra settantenni, più del 20% degli accessi totali. Nel triennio dal 2017 al 2019, la quota di ultraottantenni è aumentata di 674 pazienti, il 6,9% (tabella 5).

Tabella 3: Numero di pazienti valutati in Pronto Soccorso nelle fasce di età da 71 a 80 anni e >80 anni negli anni dal 2017 al 2019

	71-80 anni	> 80 anni	Totale>71 aa	2019-2017
2017	11.596 (10.88%) 32 pazienti al giorno	9.721 (9.12%) 26.63 pazienti/die	21.317	71-80anni -9; 0% > 80 anni: +674, +6,9%
2018	11.491 (10.88%) 31.48 pazienti al giorno	10.197 (9.12%) 27.93 pa- zienti/die	21.688	
2019	11.560 (10.88%) 31.67 pazienti al giorno	10.395 (9.12%) 28.48 pazienti al giorno	21.955	

La valutazione della fragilita' e l'unita' di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

z3.1 Distribuzione dei pazienti anziani in Pronto Soccorso

Nella tabella 4, è riportata la distribuzione di pazienti in Pronto Soccorso per sesso, età e area di visita. Si evince che la popolazione anziana è molto rappresentata nel settore medico del PS: 38%, percentuale molto più alta di tutte le altre aree.

Tabella 4: distribuzione dei pazienti anziani in pronto soccorso negli anni dal 2017 al 2019

		Donna	Uomo	Totale>71 aa
OBI	71-80 anni	2017:276 (11,92%) 2018:298 (12.48%) 2019:256 (11.64%)	2017:338 (14,6%) 2018:331 (13.87%) 2019:302 (13.73%)	2017:1347 (58,18%) 2018: 1452 (60.83%) 2019:1310 (59.55%)
	>80 anni	2017:397 (17,15%) 2018:481 (20.15%) 2019:417 (18.95%)	2017:336 (14,51%) 2018:342 (14.33%) 2019:335 (15.23%)	
Chirurgica	71-80 anni	2017:1285 (5,06%) 2018:1272 (5.16%) 2019:1282 (5.23%)	2017:1565 (6,16%) 2018: 1461 (5.92%) 2019:1427 (5.82%)	2017: 5.388 (21,21%) 2018: 5442 (21.46%) 2019:5249 (21.42%)
	>80 anni	2017:1355 (5,33) 2018:1358 (5.51%) 2019:1347 (5.5%)	2017: 1183 (4,66%) 2018:1198 (4.87%) 2019: 1193 (4.87%)	
Codici minori	71-80 anni	2017: 221 (6,56%) 2018: 139 (4.87%) 2019: 179 (6.36%)	2017: 143 (4,24%) 2018: 120 (4.2%) 2019:156 (5.55%)	2017:567 (16,82%) 2018:594 (14.22%) 2019:496 (17.63%)
	>80 anni	2017: 114 (3,38%) 2018:90 (3.15%) 2019: 96 (3.41%)	2017:89 (2,64%) 2018:57 (2%) 2019: 65 (2.31%)	
Medica	71-80 anni	2017:2469 (10,04%) 2018:2449 (9.4%) 2019:2452 (9.21%)	2017: 2377 (9,66%) 2018: 2488 (9.55%) 2019: 2550 (9.58%)	2017: 9.436 (38,36%) 2018: 9.881 (37.92%) 2019:10.173 (38.21%)
	>80 anni	2017:2646 (10,76%) 2018:2859 (10.97%) 2019:2930 (11%)	2017:1944 (7,9%) 2018: 2085 (8%) 2019: 2241 (8.42%)	
Ortopedica	71-80 anni	2017:771 (5,26%) 2018:789 (5.4%) 2019:761 (5.33%)	2017:450 (3,07%) 2018: 470 (3.22%) 2019: 386 (2.7%)	2017: 2.118 (14,44%) 2018: 2.194 (15.02) 2019: 2.015 (14.11%)
	>80 anni	2017: 609 (4,15%) 2018:653 (4.47%) 2019:594 (4.16%)	2017:288 (1,96%) 2018: 282 (1.93%) 2019:274 (1.92%)	

La valutazione della fragilità e l'unità di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

La popolazione anziana è caratterizzata da elevato carico di comorbidità che si accompagna frequentemente a problematiche funzionali e assistenziali, configurando un quadro di fragilità che deve essere considerata nel percorso di accettazione nel nostro ospedale. La gestione in Pronto Soccorso di questi pazienti è abitualmente più lunga.

L'intrinseca complessità dei pazienti anziani fa inoltre sì che una non trascurabile percentuale di ricoveri derivi da necessità non strettamente correlate alla gravità del problema clinico che ha motivato l'accesso in Pronto Soccorso.

Infatti, la problematica acuta è sempre da inquadrare nella più ampia cornice dello status funzionale, cognitivo e sociale del paziente, nonché del suo globale stato di salute, richiedendo quindi un approccio diverso dal tradizionale percorso diagnostico-terapeutico focalizzato sulla singola patologia.

Nel marzo 2018, è stato attivato in Osservazione Breve un servizio di consulenza geriatrica finalizzato ad ottimizzare, sulla base di competenze specialistiche, la gestione clinica dei pazienti anziani e ad individuare percorsi di cura personalizzati e, ove possibile, alternativi al ricovero in ospedale per acuti.

Nel 2019, questo servizio è stato sospeso perché, con la concomitante apertura a Desio di un reparto subacuti, non è stato più disponibile il personale geriatrico che ne garantiva l'attività.

4. Analisi dei tempi di attesa del Pronto Soccorso

La tabella 5, tratta dalle Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero (1), mette in evidenza, per i nuovi codici colore, il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

Tabella 5: Tempo massimo di attesa per codice colore secondo le ultime Linee di indirizzo nazionali (1). Focus sul tempo di attesa massimo per i codici verdi di 120 minuti.

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

4.1 Tempi di attesa del Pronto Soccorso nel 2019.

Tabella 6: Tempi medi **triage-1°visita** suddivisi per sala e codice colore espressi in minuti. Tra parentesi il numero di pazienti visitati nell'anno 2019.

Codici colore	Bianco	Verde	Argento	Giallo	Rosso	Totale pazienti
Sala chirurgica	144 (2.771)	91 (11.996)	81(4.000)	26 (5.103)	5 (523)	24.505
Sala medica	149 (2.272)	151 (10.137)	155 (4.694)	32 (8.023)	8 (1.465)	26.630
Sala ortopedica	81 (4.628)	21 (7.963)	22 (1.005)	11 (679)	7 (11)	14.288
Codici minori	93 (2.209)	95 (541)	125 (55)	9 (3)	-	2.813
Sala pediatria	63 ((5.130)	49 (3.424)	44 (4.481)	12 (1.006)	10 (56)	14.105
Sala Ostetrica	74 (2.177)	44 (6.014)	77 (15)	21 (633)	3 (10)	8.853
S. ginecologica	83 (349)	60 (298)	103 (21)	37 (53)	-	727
S.Dermatologica	59 (1.044)	57 (165)	46 (68)	-	-	1.288
Sala Oculistica	58 (6.047)	48 (2.429)	52 (339)	32 (13)	-	8.833
Sala Otorino	74 (1.393)	65 (564)	59 (160)	26 (2)	-	2.126

La valutazione della fragilita' e l'unita' di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

Tabella 7: Tempi medi **triage-uscita** (ricovero, trasferimento in Osservazione breve o dimissioni al domicilio), espressi in minuti, suddivisi per sala e codice colore nell'anno 2019. Tra parentesi, il numero di pazienti visitati.

Codici colore	Bianco	Verde	Argento	Giallo	Rosso
Sala chirurgica	204 (2.771)	207 (11.996)	234(4.000)	241 (5.103)	267 (523)
Sala medica	297 (2.272)	314 (10.137)	373 (4.694)	293 (8.023)	205 (1.465)
Sala ortopedica	149 (4.628)	100 (7.963)	113 (1.005)	120 (679)	72 (11)
Codici minori	198 (2.209)	220 (541)	253 (55)	184 (3)	-
Sala pediatrica	116 (5.130)	180 (3.424)	167 (4.481)	330 (1.006)	616 (56)
Sala Ostetrica	118 (2.177)	108 (6.014)	254 (77)	107 (633)	108 (10)
Sala Ginecologica	126 (349)	176 (298)	355 (21)	261 (53)	-
Sala Dermatologica	65 (1.044)	64 (165)	56 (68)	-	-
Sala Oculistica	68 (6.047)	60 (2.429)	63 (339)	304 13)	
Sala Otorino	93 (1.393)	91 (564)	83 (160)	84 (2)	-

Le tabelle 6 e 7 mettono in evidenza che le aree più in difficoltà e con tempi di accesso e permanenza più lunghi sono la sala medica e quella chirurgica. Ho voluto mettere a confronto i dati degli ultimi anni per evidenziare l'evoluzione nel medio termine.

La valutazione della fragilita' e l'unita' di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

Nei grafici 1 e 2 che seguono, vengono messi a confronto i tempi di attesa triage-1°visita nell'area medica e chirurgica nel periodo tra il 2015 e il 2019: è evidente una progressiva perdita di efficienza di queste aree del Pronto Soccorso.

Grafico 1: tempi medi d'attesa triage-1°visita della sala medica (tutti i codici) nel periodo 2015-2019

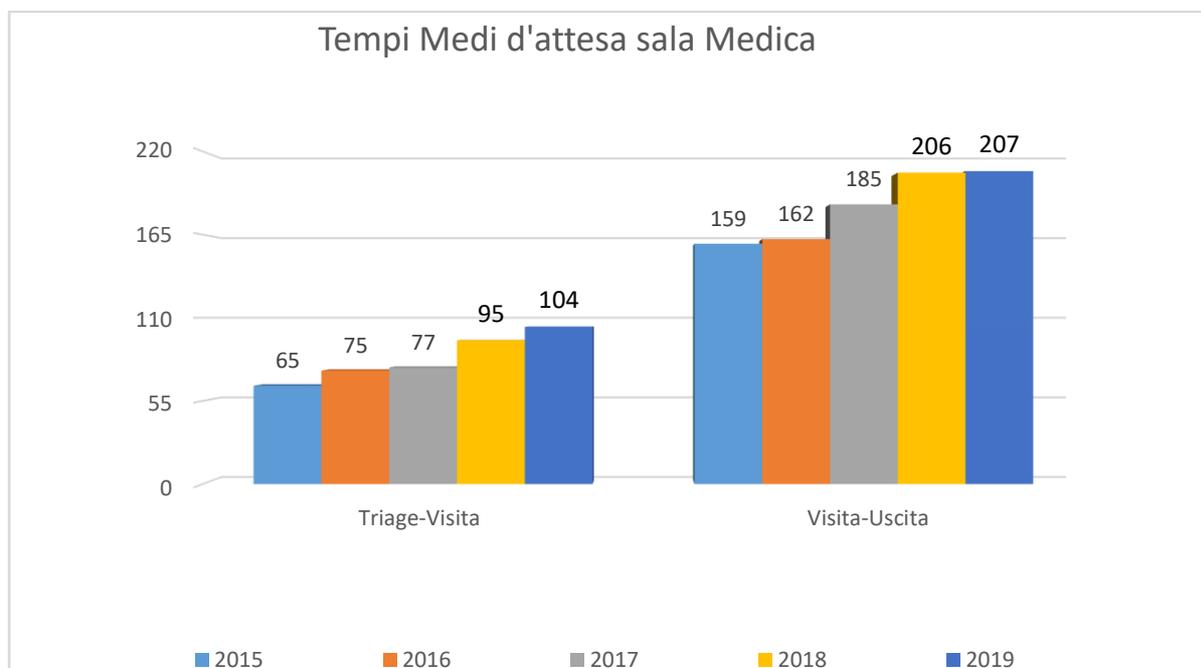
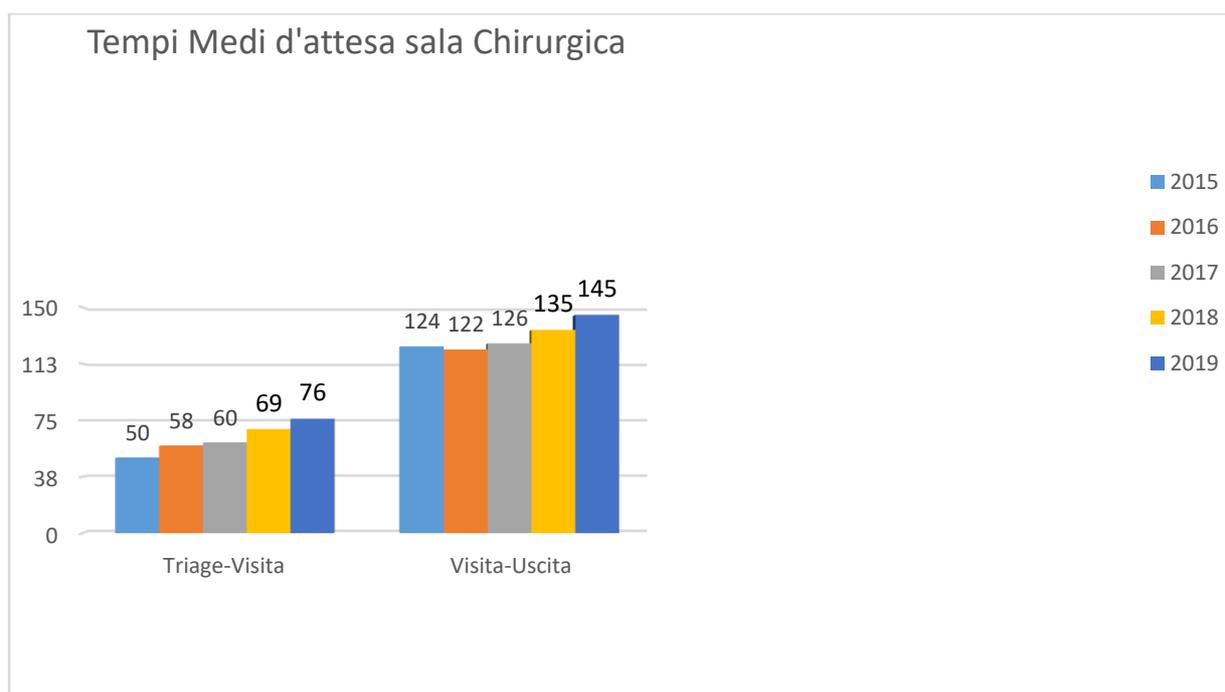


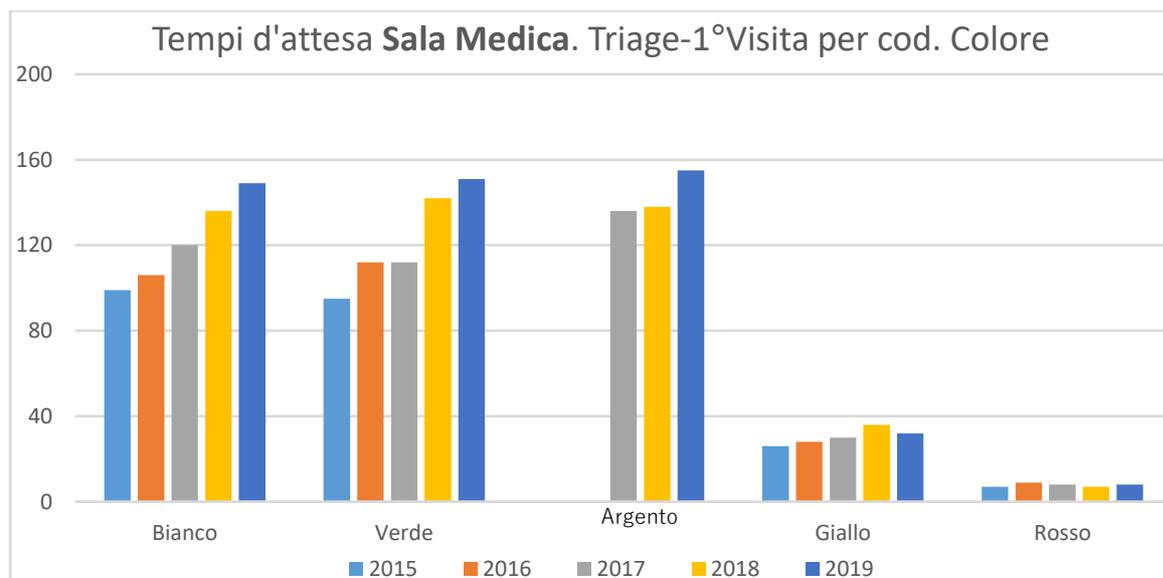
Grafico 2: tempi medi di attesa triage-1°visita della sala chirurgica (tutti i codici) nel periodo 2015-2019



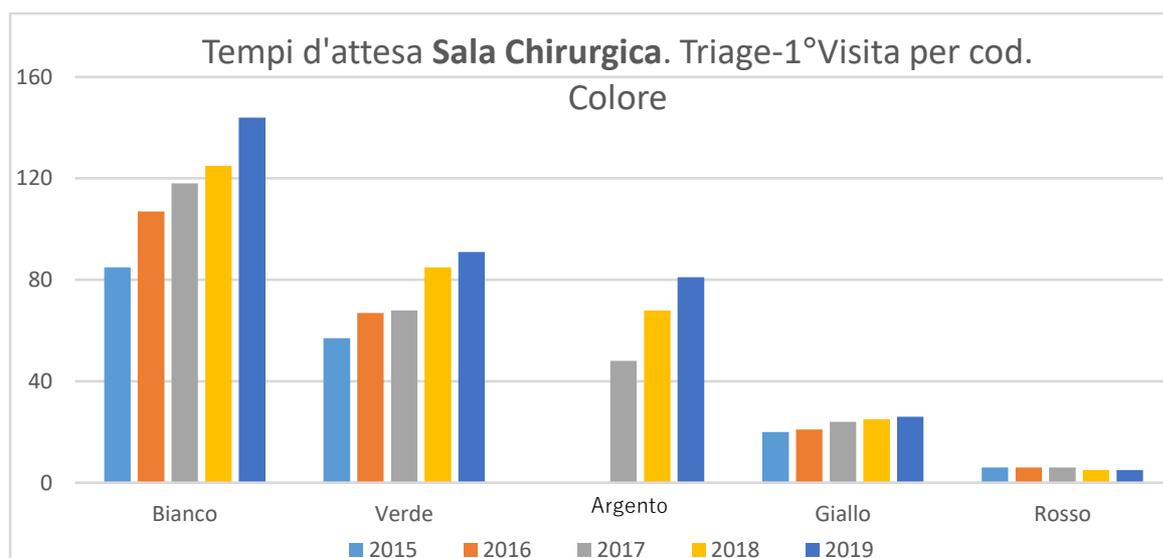
La valutazione della fragilita' e l'unita' di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

I grafici 3 e 4 mostrano i tempi di attesa scomposti per codice colore nella sala medica e in quella chirurgica. E' evidente che le attese sono in forte crescita per tutti i codici minori (argento, verde e bianco) mentre sono ancora accettabili per i codici maggiori malgrado l'aumento numerico che è già stato evidenziato nelle tabelle precedenti. Il rallentamento dell'area chirurgica sembrerebbe principalmente determinato dalla chiusura alle ore 20 della sala visita ortopedica, in passato attiva h24.

*Grafico 3: tempi medi di attesa **triage-1°visita** in **sala medica** suddivisi per codice colore dal 2015 al 2019*



*Grafico 4: tempi medi di attesa **triage-1°visita** in **sala chirurgica** suddivisi per codice colore dal 2015 al 2019*



5. Considerazioni sulla logistica del Pronto Soccorso

Come evidenziato sinora, l'area medica e chirurgica del Pronto Soccorso gestiscono un numero crescente di pazienti, e qui si verifica un progressivo aumento dei tempi di attesa per tutti i codici minori. L'area medica e chirurgica non sono state adeguate dimensionalmente nel periodo in esame e l'organico sia medico che infermieristico non è aumentato.

Sempre dal 2015, abbiamo lavorato per migliorare l'accuratezza diagnostica e la stabilizzazione clinica del paziente prima del ricovero nei reparti ordinari, utilizzando a questo scopo anche l'osservazione breve. In questo contesto l'aumento del tempo-visita dimissione che si osserva in PS e in OBI va interpretato come uno sforzo di miglioramento globale della gestione del paziente in risposta ad un aumento della complessità determinato in gran parte dall'invecchiamento della popolazione.

1. Sovraffollamento in Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso ha, come primo passaggio, il triage dove tutti i pazienti si registrano e dove viene assegnata la sala visita con una priorità di accesso. Nel 2019, nell'area medica del PS, il tempo medio per i codici verdi triage-visita è stato superiore a 150 min, con un tempo medio triage-uscita di 340 minuti. Confrontando le tempistiche della tabella 5 con il grafico 3, si evidenzia la grande criticità dell'area medica per i codici minori. Questo è il punto che si vuole analizzare e, con questo progetto, migliorare.

La complessità clinica e assistenziale è negli anni cresciuta molto più rapidamente della nostra capacità di rinnovare l'assetto organizzativo e questo ha dato un contributo al sovraffollamento.

Dal 2018, al San Gerardo sono in corso opere cantieristiche per una completa ristrutturazione. Il termine dei lavori è previsto per il 2024 e sino ad allora la capienza dell'ospedale è ridotta di circa un terzo.

La diminuita disponibilità di posti letto in degenza ha determinato un improprio utilizzo dell'osservazione breve, usata spesso come "astanteria" per pazienti già stabilizzati in attesa di ricovero. In aggiunta, molti pazienti vengono inviati in PS da specialisti ambulatoriali o da strutture territoriali, spesso con precise e appropriate indicazioni a ricovero ospedaliero.

Tuttavia in assenza di criteri di instabilità, con assegnazione nella maggior parte dei casi di codice verde, è possibile ipotizzare per questi soggetti il percorso alternativo di ricovero proposto di seguito.

Va infine ricordato che gli HUB come l'Ospedale San Gerardo ricevono spesso pazienti provenienti da altri Pronto Soccorso con richiesta di valutazioni specialistiche e anche in questi casi la gestione in PS rischia di incidere negativamente sui tempi di attesa. Anche queste prestazioni potrebbero essere gestite attraverso un percorso alternativo.

7. In sintesi le criticità evidenziate:

1. Crescente affollamento dell'area medica e chirurgica
2. Aumento dei codici maggiori in area medica e chirurgica
3. Conseguente aumento del tempo triage -1° visita in area medica e chirurgica dei codici minori
4. Assenza di un'area dedicata ai codici minori (argento-verdi e bianchi)
5. Aumento dei pazienti anziani senza adeguata valutazione della fragilità
6. Assenza del medico unico
7. Assenza di un'area dedicata alla valutazione dei pazienti anziani fragili (con valutazione multi-dimensionale geriatrica)

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

1. Organizzare in Pronto Soccorso un percorso dedicato al paziente anziano fragile cui viene assegnato un codice minore (argento, verde, bianco).
2. Organizzare un percorso di accesso adatto ai pazienti fragili anziani e non, con bisogni simultanei e complessi: un'Area Multidisciplinare ad elevata Intensità Diagnostico-valutativa (AMIDA), intermedia tra PS e unità di degenza che permetta, anche bypassando le lunghe attese del PS, di garantire una rapida presa in carico in ambiente confortevole e sicuro. AMIDA sarà munita di possibilità diagnostiche complete e rapide e di una équipe multidisciplinare che comprenda il medico d'urgenza, il medico esperto della fragilità (geriatra), vari consulenti esperti della specifica patologia, infermieri formati alla gestione dei pazienti complessi, un fisioterapista e Operatori Socio-sanitari, a garanzia di una reale continuità e di una migliore qualità della cura percepita. AMIDA lavorerà a stretto contatto con infermieri e assistenti sociali del servizio Dimissioni Protette, per favorire rapide dimissioni. Il percorso può accettare direttamente su prenotazione telefonica dal territorio, da ambulatori specialistici ospedalieri ma anche dal pronto soccorso dopo valutazione iniziale. E' ispirato alle assessment unit britanniche (2,3,4,5) e co-gestito dai medici del pronto soccorso e dai geriatri (6).

Il tempo massimo di permanenza in AMIDA è di 72 ore. Per questo è necessaria la collaborazione dei servizi diagnostici e dei consulenti specialisti che devono considerare prioritaria l'attività in AMIDA, secondaria solamente ai pazienti critici.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

1. I pazienti anziani fragili, e i loro caregiver, che possono avere una risposta ai loro problemi di salute in un ambiente più confortevole e sicuro del Pronto Soccorso, che condivide la stessa potenzialità diagnostico valutativa.
2. I pazienti fragili non anziani che possono essere gestiti in continuità di cura dallo specialista ambulatoriale e dal medico d'urgenza (cogestione).
3. Tra i beneficiari ci sono i medici del Pronto Soccorso, del territorio, i medici della UOC di geriatria e delle unità operative che gestiscono attività ambulatoriale con pazienti fragili.
4. Per ultimo, anche i pazienti del Pronto Soccorso potranno beneficiarne per via di una riduzione della congestione dell'area medica e chirurgica.

METODOLOGIA ADOTTATA

Si è partiti da una analisi delle **criticità** oggettive sopra riportate e da quelle percepite dagli operatori, dai pazienti e dai loro parenti con attenzione anche alle segnalazioni dell'ufficio relazioni con il pubblico dell'ospedale.

La valutazione delle soluzioni adottate in altre realtà, anche estere, è stata la guida alla realizzazione di questo progetto.

Criticità per l'obiettivo 1: percorso del paziente fragile in Pronto Soccorso

1. Il triage e il medico di PS non utilizzano uno strumento per la valutazione oggettiva della fragilità ma il solo criterio anagrafico (codice argento).
2. Non è presente in PS un'area dedicata alla fragilità.
3. E' presente un numero rilevante di pazienti inviati quotidianamente in PS da medici specialisti ambulatoriali del nostro ospedale e da strutture riabilitative, RSA, subacuti ecc. cui spesso vengono assegnati codici minori e che spesso necessitano, più che di una visita ambulatoriale di PS, di un vero e complesso Day Hospital. La loro presenza in PS sottrae molto tempo al personale, che invece dovrebbe essere dedicato alla gestione delle code e ai codici maggiori, contribuendo così al sovraffollamento. Le cure per questi pazienti vengono quasi invariabilmente erogate in barella o in carrozzina in corridoi affollati, rumorosi e sempre illuminati.
4. Gestione fintamente in "emergenza" di tutti i pazienti.

Soluzioni proposte

1. La fragilità può essere misurata con varie scale. Per questo progetto si è deciso di utilizzare la Clinical Frailty Scale (CFS). La CFS è una scala visuo-analogica a nove livelli, validata in individui con età ≥ 65 anni, sviluppata per riassumere il livello complessivo di fitness o fragilità di un soggetto anziano (7,8,9,10). L'attribuzione dei punteggi della CFS deve essere effettuata dopo un'adeguata valutazione clinica multidimensionale che può coinvolgere anche i familiari/caregiver dell'individuo e non deve tenere conto di come il paziente appare all'atto del ricovero. Punteggi più alti rappresentano livelli di fragilità progressivamente crescenti. La CFS sarà valutata in tutti i pazienti con età ≥ 75 anni che afferriranno al PS e saranno giudicati eleggibili per un ricovero ospedaliero. Per lo scopo del progetto, sarà necessario un percorso formativo di tutti gli operatori (medici, infermieri) che useranno la scala.
2. Si è identificata un'area dedicata alla valutazione della fragilità

La valutazione della fragilità e l'unità di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

3. il medico d'urgenza in servizio in AMIDA potrà essere contattato dal medico ambulatoriale del San Gerardo quando ritiene necessario ricoverare un paziente stabile. La presa in carico sarà diretta ed eviterà il passaggio in Pronto Soccorso.

La possibilità di valutare in modo più organizzato e coordinato i pazienti permetterà di migliorare la qualità delle cure.

Risultati attesi dalla realizzazione del progetto

1. Riduzione dei tempi di attesa per la valutazione dei pazienti fragili in PS e in generale di tutti i codici minori (11-12).
2. Miglioramento del comfort durante il percorso in PS.
3. Identificazione del percorso clinico più appropriato per il paziente suscettibile di ricovero.
4. Creazione di una banca dati fragilità basata su indicatori oggettivi. Questa consentirà di verificare l'evoluzione in termini di complessità dell'utenza nel tempo e di leggerne il peso clinico-assistenziale, associandone gli esiti.
5. I dati potranno essere utilizzati con finalità di audit interno (governance clinica).

Criticità per obiettivo 2: creazione di Amida

1. L'Osservazione Breve del San Gerardo con soli 9 posti letto è sottodimensionata per poter assolvere anche ai compiti che le sono propri (13).
2. Non vi è presa in carico interdisciplinare dei pazienti con bisogni simultanei e complessi.
3. Troppi pazienti inviati in PS al fine vita «end-of-life care» (150/anno) /cure simultanee (6 mesi) vengono trattenuti nelle stanze singole dell'osservazione breve per la palliazione terminale.
4. Invio di pazienti in carico ad ambulatori dell'ospedale (ca 1000/yr) o inviati da MMG (1914/yr) per problemi clinici programmabili.
5. Pazienti con instabilità clinica appoggiati in reparti non appropriati per questo tipo di assistenza.
6. Diagnostica ritardata (assenza di slot specifici e frammentarietà delle richieste)
7. Richieste di trasferimenti da UO a UO per motivazioni non cliniche.
8. Solo una piccola parte dei pazienti identificati e ricoverati in OBI riescono attualmente a essere trasferiti direttamente dal Pronto Soccorso alle strutture territoriali adatte alla loro gestione. Troppo spesso la tempistica lunga per i trasferimenti impone il ricovero in reparti medici per acuti.

Soluzioni proposte:

Si propone di realizzare un'area multidisciplinare ad elevata Intensità Diagnostico-valutativa (AMIDA) di 10 posti letto totali, di cui 5 in carico alla Medicina d'Urgenza e 5 in carico alla Geriatria. Saranno idonei per l'ingresso in AMIDA, in assenza di condizioni di instabilità clinica o sintomi/segni di patologie tempo-dipendente (rapidamente evolutive):

1. Pazienti per i quali sia prevista una degenza in ospedale per un periodo <72 ore e per i quali sia possibile programmare la dimissione dall'ospedale o la programmazione di un piano di cura interdisciplinare in regime ambulatoriale o MAC.
2. Pazienti per i quali sia prevista una degenza in ospedale per un periodo ≥ 72 ore, che richiedano ≥ 2 valutazioni specialistiche in PS e/o diagnostica in tempi brevi per problemi clinici attivi simultanei che ineriscono differenti discipline (chirurgiche e mediche o anche solo mediche).
3. Paziente provenienti da RSA.
4. Pazienti inviati dalla nostra ASST in istituti di Riabilitazione o Unità di Subacuti/PostAcuti e afferenti in PS per riscontro durante la degenza in quelle strutture di un problema clinico attivo.
5. Pazienti con malattia terminale e necessità di palliazione.

La valutazione della fragilità e l'unità di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

6. Pazienti già in carico a specialisti dell'ASST, per i quali sia possibile prevedere la realizzazione entro 72 ore di un piano di cura interdisciplinare in regime ambulatoriale o MAC.
7. Pazienti con età > 75 anni e CFS ≥ 4 , con accesso in PS per caduta (o cadute recidivanti) in assenza di fratture attuali.
8. Pazienti con età > 75 anni e CFS ≥ 4 , con accesso in PS per sopore, confusione o agitazione psicomotoria (delirium ipocinetico e ipercinetico).
9. Pazienti con età > 75 anni e CFS ≥ 4 , con problemi socio-ambientali rilevanti per il rientro al domicilio.

Non sono previsti criteri d'accesso differenziati per i letti della Medicina d'Urgenza e i letti dell'Emergency Frailty Unit geriatrica. Il medico emergentista e il geriatra si divideranno la gestione dei pazienti in base a competenze specifiche che verranno valutate di volta in volta. Tendenzialmente il geriatra si farà carico di pazienti con età > 75 anni e CFS ≥ 4 .

Misure di outcome

1. Numero di pazienti con bisogni simultanei e complessi gestiti con modalità interdisciplinare in AMIDA.
2. Numero di pazienti inviati da ambulatori ospedalieri o strutture territoriali ricoverati in unità di degenza ordinaria dell'ASST.
3. Numero di pazienti che rientrano al domicilio o in strutture territoriali dopo accesso in AMIDA.
4. Numero di pazienti avviati a cure palliative in AMIDA.
5. Numero di Comprehensive Geriatric Assessment effettuati in pazienti con età ≥ 75 e CFS ≥ 5 finalizzato ad identificare sintomatologia atipica e bisogni clinici non corrisposti (es delirium)
6. Numero di pazienti presi in carico da AMIDA
7. Numero di pazienti dimessi da AMIDA entro 72 ore.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Sviluppo progettuale del percorso della fragilità in Pronto Soccorso:

1. Organizzare in Pronto Soccorso un percorso dedicato al paziente anziano fragile cui viene assegnato un codice minore.
2. Migliorare la presa in carico del paziente fragile che accede alla U.O.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso mediante attivazione di un percorso dedicato in collaborazione con la U.O.C. di Geriatria.
3. Utilizzare la Clinical Frailty Scale (CFS, immagine 1) è un miglioramento importante del codice argento, che contempla la sola età anagrafica per gestire la priorità di accesso alla prima visita in PS. La valutazione della fragilità al triage con la CFS identifica una "competenza" che andrà considerata per tutto il percorso ospedaliero del paziente, anche nella scelta del reparto di ricovero con adeguata intensità di cure. Una fragilità superiore a 4 nell'anziano identifica una competenza geriatrica.

La valutazione della fragilità e l'unità di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

La distribuzione della fragilità è trasversale ai codici colore e alle competenze mediche specifiche. Il percorso della fragilità per i pazienti con codice minore internistico porta ad una area del pronto soccorso gestita h 12 ore 8-20 7/7 gg sia da geriatri che medici d'urgenza in caso di assenza.

4. Identificare un'area adeguatamente dimensionata per la gestione dei codici minori permette al codice argento, evitando i continui rallentamenti dovuti al sopraggiungere di codici maggiori, di avere una reale priorità di ingresso alla visita (immagine 2)

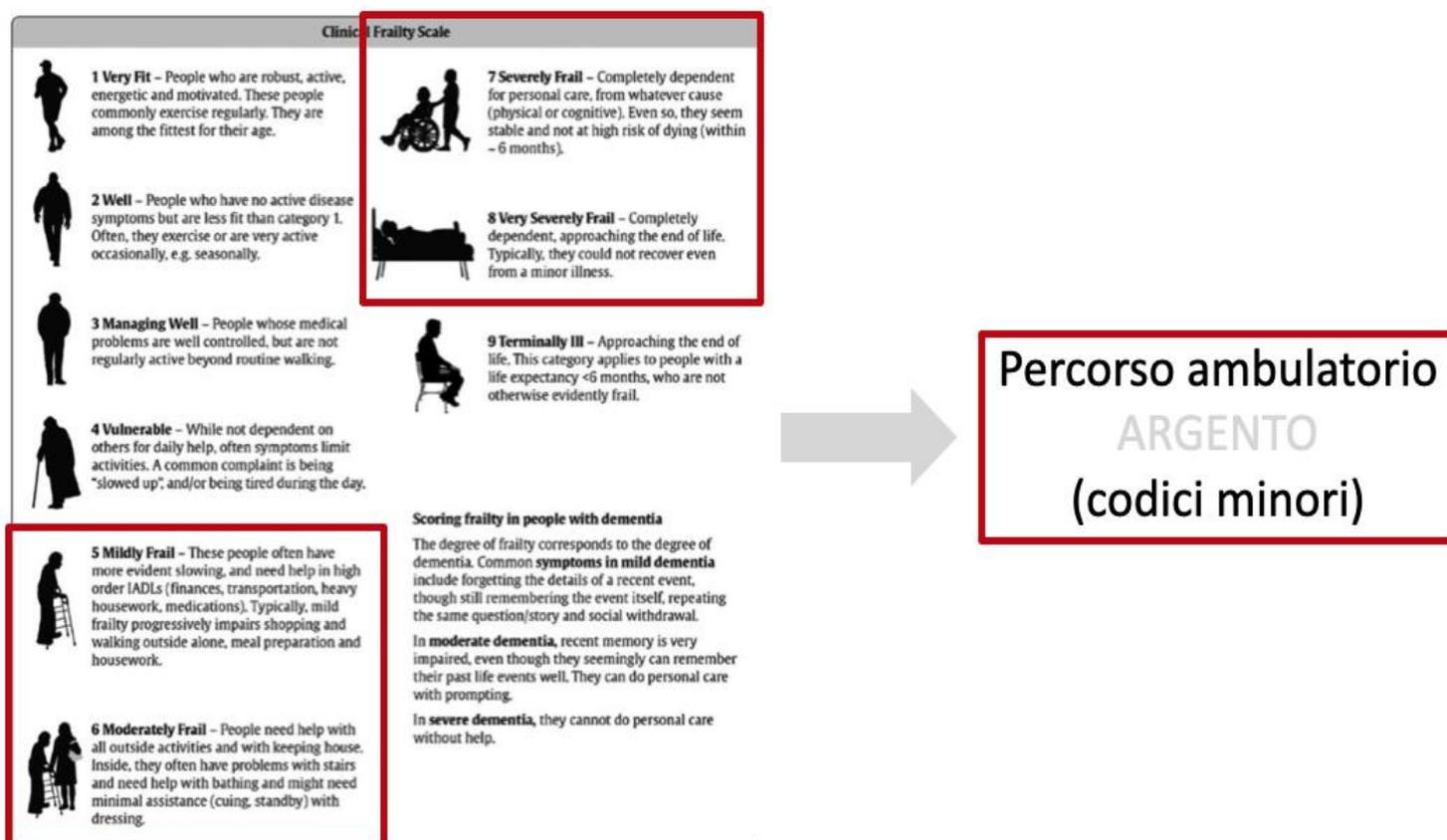


Immagine 1: Clinica Frailty Scale (CFS) e punteggi associati al codice d'argento

La valutazione della fragilita' e l'unita' di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

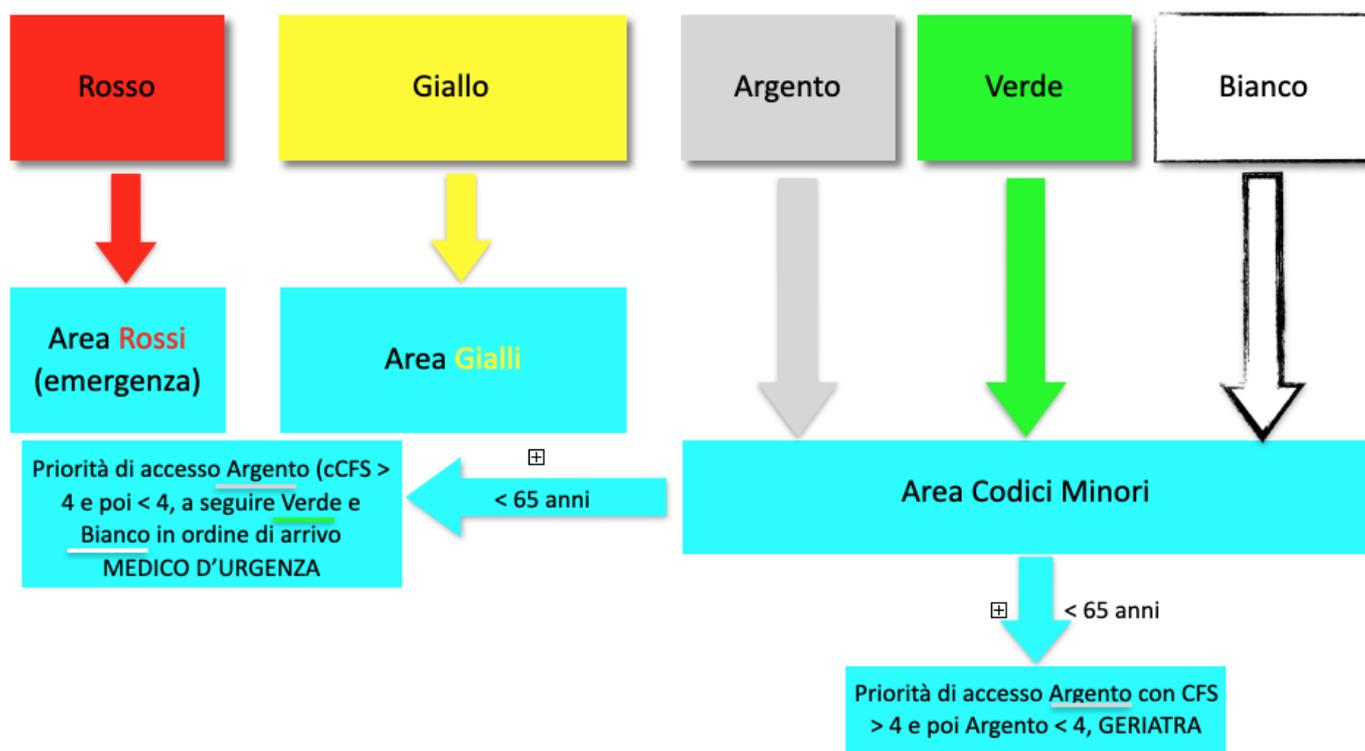


Immagine 2: Il percorso dedicato al codice minore ove il codice argento ha una reale priorità di ingresso alla visita medica

La valutazione della fragilità e l'unità di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

Le sale dedicate sono la 4-5-6 e 7 (immagine 3). Il geriatra di turno è disponibile per consulenze anche nelle altre aree del PS.

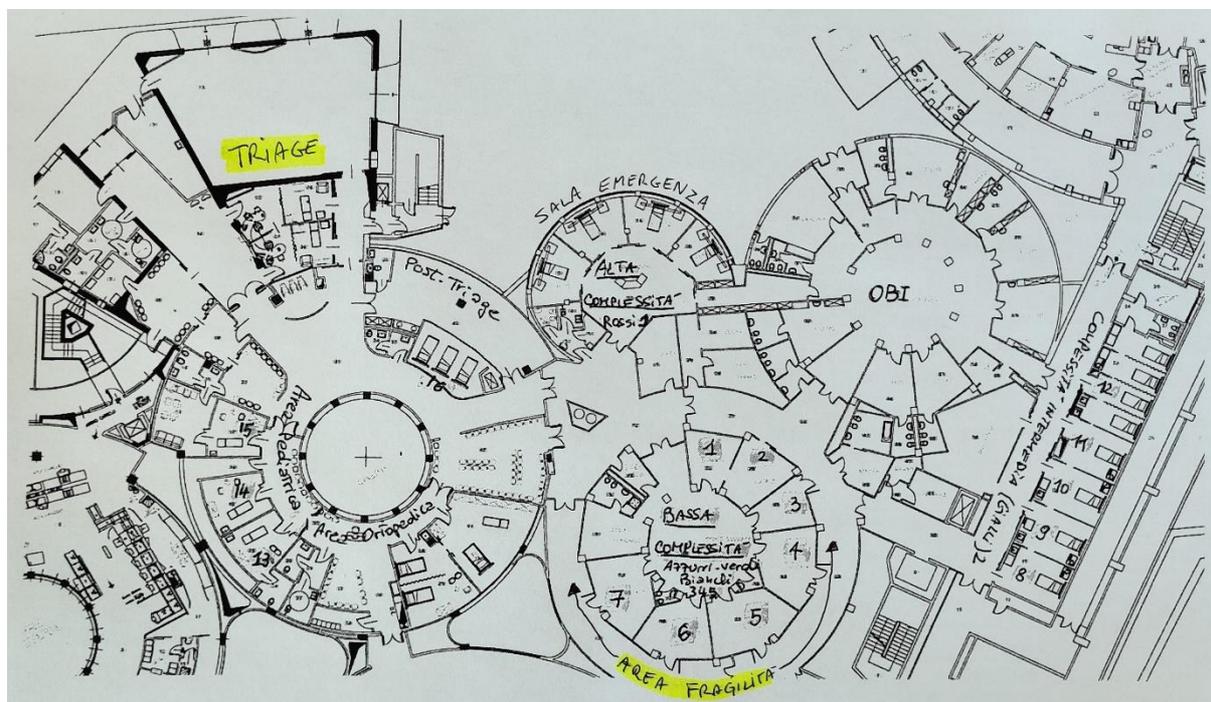


Immagine 3: Piantina pronto soccorso San Gerardo di Monza con evidenza di sale dedicate ai codici minori,

Gestione Pronto Soccorso - SISS Attivo - Paziente: PROVA TECNICA (2019000005) Utente: TRIAGE TRIAGE

Opzioni

Triage

Priorità CPSSM MEWS Scala NEWS FRAILTY

Rilevazioni precedenti

Data Rilevazione	Valore
25/11/2020 12:11	9
25/11/2020 12:11	2
11/01/2021 13:48	2
14/01/2021 18:04	5
14/01/2021 18:09	7

Nuova Rilevazione

Valore Fragilità

Very Fit
 Well
 Managing Well
 Vulnerable
 Mildly Frail
 Moderately Frail
 Severely Frail
 Very Severely Frail
 Terminally Ill

Data Rilevazione: 25/01/2021 10:24
 Data Inserimento: 25/01/2021 10:24
 Utente: TRIAGE TRIAGE

Nuovo

Liste Pazienti

Filtri Visualizza Tutti

P	A	R	D	Cod. Ch.	Post Triage	Cognome	Nome	Età	Data Ing.	Ultima Rilevazione Param.	Ultima Rivalutazione	Somm.	Patologia Descrittiva
4				1357		SAD	INDUSTARA	68	05/05 13:36	13/11 14:20	14/11 17:28		ripetuti episodi di vomito-invidia da
2				1401		CITTA	ROSSI	28	15/09 16:16	13/01 16:21	20/01 14:51		MEGDO ACUITO GSTEO MUSCOLA
2				1147		PROVA	TECNICA	69	06/11 09:15	20/01 14:11	11/01 13:51		test
1				0632		PROVA	PROVA1	0	20/01 15:58		20/01 16:06		
1				0813		PODINI	GIORGIO	75	07/05 21:45	14/01 15:10	18/01 15:46		BAR - nappetenzza in noto HCC M-

Aggiorna Lista

Chama Paziente

Missioni in Arrivo

Codice Presidio Plesse	Codice Missione	Codice Punto Ps	Descrizione Punto PS	Codice Ambulanza	Numeri
------------------------	-----------------	-----------------	----------------------	------------------	--------

Immagine 4: Schermata di applicativo di PIESSSE che riporta nei parametri di triage, i parametri di fragilità

La valutazione della fragilita' e l'unita' di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

Al momento dell'eventuale ricovero, il dato, confermato dal medico, viene trasferito al gestionale della cartella clinica del reparto.

ABBATINO, CARMELA, 86A 04/11/34

20835 MUGGIO'

GERIATRIA 1 (da 23/01/21 16:26)
SO CARDIACO CONGESTIZIO -)

Ultima Documentazione

Documento:
Laboratorio: Ultimi esami il 25/01/21 9:28
Radiologia:

Degenti non DH. : elementi da 1 a 28 (di 28)

Filtro veloce: Q

ID Episodio	Cognome	Nome	Sesso	Età	Data Ing.	Giorni Deg.	Ventilazione	NEWS2	Fragilità	Dimissibilità	Collocazione	Unità attuale	Data di Nascita
2121000985	ABBATINO	CARMELA	♀	86	23/01/2021	2	3-MV>50%	5	N		P8 - S22 - L1	204 - M GERIA...04/11/34	
2121000564	ALBERTIN	UMBERTO	♂	86	14/01/2021	11	0-nessuno	3	6	N	P8 - S22 - L1	204 - M GERIA...12/02/34	
2121000798	ALLOCCCHIO	GINA	♀	96	19/01/2021	6	1-occhialini	5	6	N	P8 - S27 - L2	204 - M GERIA...21/01/25	
2121000806	BAMBACINI	GUGLIELMA	♀	89	19/01/2021	6	0-nessuno	3	6		P8 - S27 - L1	204 - M GERIA...31/05/31	
2121000965	BARDONI	FERDINANDO	♂	73	22/01/2021	3	3-MV>50%	--		N		204 - M GERIA...20/02/47	
2121000952	BINDA	LUIGI	♂	82	22/01/2021	3	0-nessuno	5				204 - M GERIA...20/06/38	
2121000794	BIRAGHI	RACHELE	♀	94	19/01/2021	6	0-nessuno	0	5	N	P8 - S41 - L1	204 - M GERIA...17/08/26	
2121000271	BOTTAI	MARIA LAURA	♀	79	08/01/2021	17	1-occhialini	10	7	N	P8 - S37 - L1	204 - M GERIA...12/06/41	
2121000657	CATTANEO	ANGELO	♂	73	16/01/2021	9	1-occhialini	5	8			P8 - S33 - L2	204 - M GERIA...03/03/47
2121000695	CHIESA	RENATO IOELE	♂	87	17/01/2021	8	1-occhialini	2	7			P8 - S34 - L2	204 - M GERIA...05/08/33
2121000586	DAINESI	GISELLA	♀	85	14/01/2021	11	0-nessuno	1	5	N	P8 - S40 - L2	204 - M GERIA...18/05/35	
2121000194	D'AMELIO	IMMACOLATA	♀	67	07/01/2021	18	0-nessuno	3	6			P8 - S29 - L2	204 - M GERIA...12/12/53
2121000558	FUSARI	ADA MARIA	♀	86	14/01/2021	11	0-nessuno	1	5	N	P8 - S37 - L2	204 - M GERIA...13/10/34	
2121000703	GALBIATI	BRUNA	♀	85	18/01/2021	7	1-occhialini	3				P8 - S25 - L2	204 - M GERIA...09/11/35
2121000454	GATTELLARO	CECILIA ANGELA	♀	90	12/01/2021	13	0-nessuno	3	5			P8 - S36 - L2	204 - M GERIA...01/05/30
2121001012	IERONE	SERAFINO	♂	85	24/01/2021	1	0-nessuno	--	9			P8 - S24 - L1	204 - M GERIA...17/07/35
2121000511	INCORVAIA	CARLO	♂	69	13/01/2021	12	0-nessuno	0	2	N		P8 - S22 - L2	204 - M GERIA...05/05/51
2121000505	LIBANORE	RUGGERO	♂	90	13/01/2021	12	0-nessuno	3	7			P8 - S24 - L2	204 - M GERIA...15/01/31
2121000285	MACONI	LUCIANO	♂	80	08/01/2021	17	0-nessuno	0	7	N		P8 - S38 - L1	204 - M GERIA...02/09/40
2121000879	MAGRI	MARGHERITA	♀	91	21/01/2021	4	1-occhialini	5	7			204 - M GERIA...31/05/29	
2121000882	MARELLI	ROSA CARLA	♀	87	21/01/2021	4	0-nessuno	0	7			204 - M GERIA...06/11/33	
2121000831	PREVITALI	EUGENIO	♂	92	20/01/2021	5	1-occhialini	2	6			P8 - S30 - L1	204 - M GERIA...13/01/29
2121000956	ROSA	MARIA LUISA	♀	78	22/01/2021	3	1-occhialini	5	9			204 - M GERIA...27/09/42	
2121000747	SAVOLDELLI	GIACOMO	♂	87	18/01/2021	7	1-occhialini	3		N		P8 - S23 - L2	204 - M GERIA...31/10/33

Immagine 5: Schermata del gestionale della cartella clinica di reparto, dove sono presenti i parametri di fragilità.

Sviluppo progettuale dell'area multidisciplinare ad elevata Intensit  Diagnostico-valutativa:

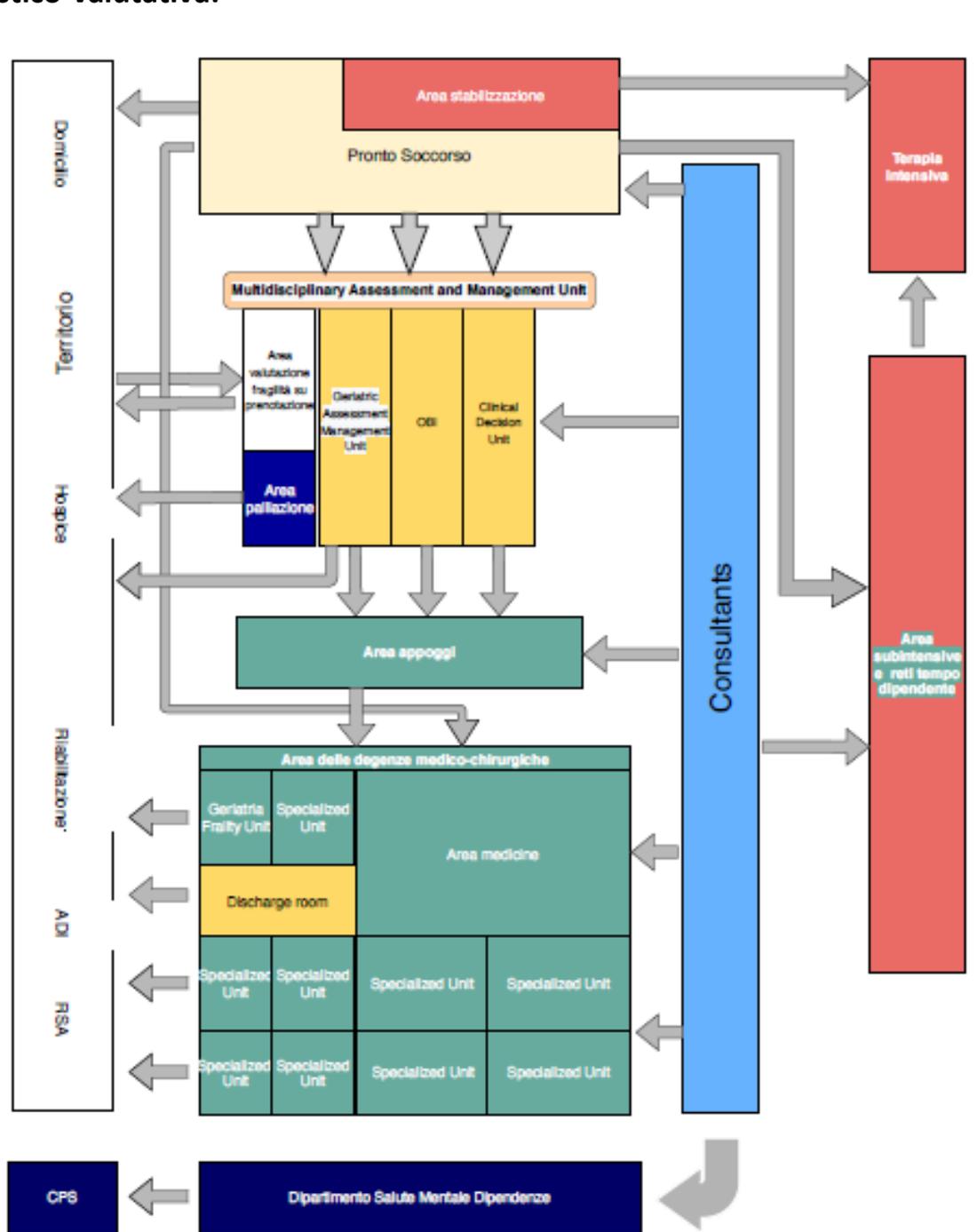


Immagine 6: Evidenza la multidisciplinare assesment e managment unit

La valutazione della fragilit  e l'unit  di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

La multidisciplinary assessment e management unit (immagine 6)   il percorso individuato per i pazienti fragili e fragili anziani e per i pazienti con bisogni simultanei e complessi: un'area multidisciplinare ad elevata Intensit  Diagnostico-valutativa (AMIDA).

Idealmente dovrebbe essere identificata un'area attigua al Pronto Soccorso generale. L'asst di Monza   in questi anni sede di cantiere per completa ristrutturazione e solamente al termine dei lavori del monoblocco potranno essere disponibili nuovi spazi vicino al PS.

Per ora, l'area individuata   il reparto di medicina d'urgenza al 4° piano settore B, che dedicher  a questa nuova funzione 10 dei 30 letti a sua disposizione.

AMIDA, in linea con le assessment unit britanniche, accetta pazienti stabili. L'accesso viene programmato direttamente dal medico che ha in carico il paziente con urgenza differibile: strutture territoriali, ambulatori e/o Mac del nostro ospedale, mediante contatto telefonico con il medico di AMIDA o dal Pronto Soccorso. Non vengono presi in carico pazienti autopresentati dal territorio (immagine 7). La permanenza massima prevista per pazienti in AMIDA   di 72 ore, al termine delle quali il paziente dovr  essere dimesso o ricoverato nei reparti ordinari.

In caso di emergenza, instabilit  clinica o patologie tempo-dipendenti, il medico che ha in carico il paziente dovr  continuare ad indirizzarlo verso il triage del Pronto Soccorso generale.

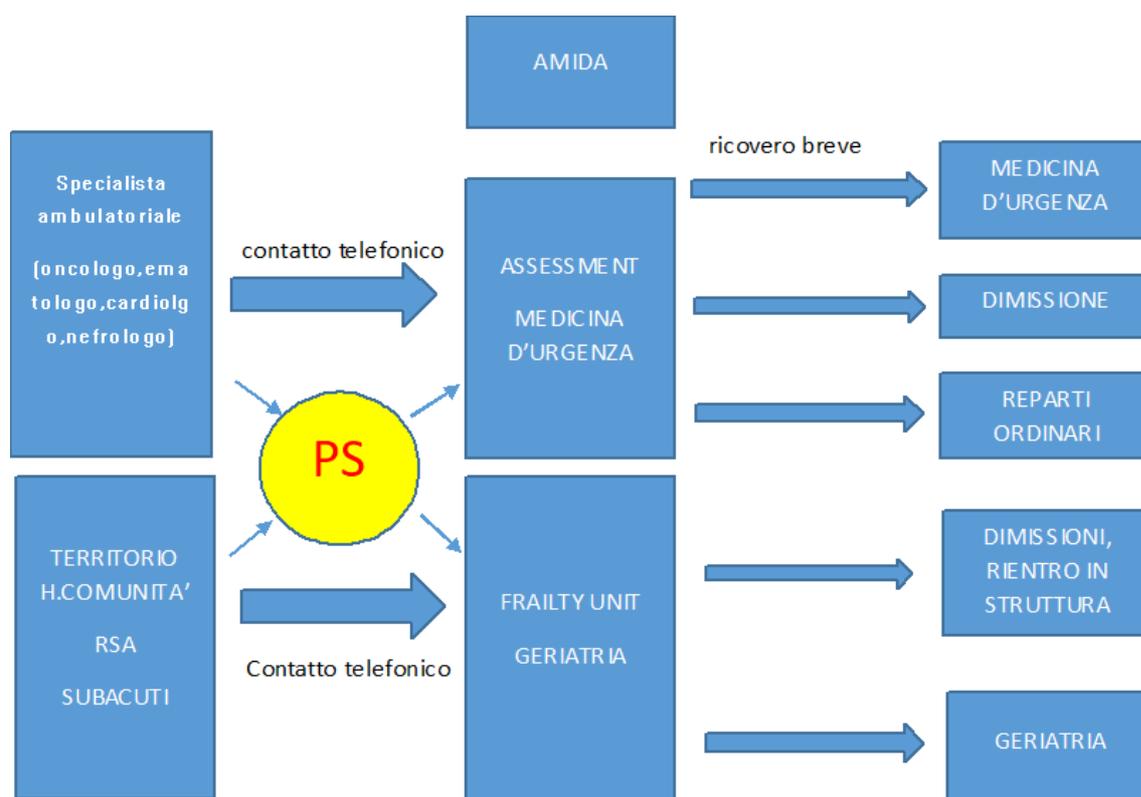


Immagine 7: AMIDA si colloca in una posizione intermedia tra territorio, ambulatorio specialistico, pronto soccorso e reparti ordinari

La tempistica di realizzazione   ipotizzabile in circa 3 mesi dall'approvazione del progetto, con possibili ritardi dovuti all'andamento dell'epidemia covid, attualmente non prevedibili.

La valutazione della fragilità e l'unità di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Personale richiesto

Non sono previsti costi per le opere strutturali né in PS né in reparto.

Per il percorso del Pronto Soccorso

2,5 FTE mediche (geriatri) da aggiungere all'organico medico attualmente in servizio comprensivo del percorso covid, 2,5 FTE infermieristiche e 2,5 FTE OSS.

Per AMIDA: il medico d'urgenza è già presente e reso disponibile da una riduzione di posti letto da 30 a 22 della medicina d'urgenza (comunque 1 FTE). Anche il personale infermieristico e OSS è invariato.

Serviranno 2 FTE mediche (geriatri) da aggiungere all'organico della UOC Geriatria

Serviranno 1 fisioterapista/terapista occupazionale in staff per AMIDA.

On demand assistente sociale e infermiere dimissioni protette.

RISULTATI ATTESI

Indicatori

1. n° ricoveri/anno AMIDA
2. n° ricoveri in AMIDA superiori alle 72 ore
3. degenza media /anno dei pazienti transitati da AMIDA
4. Riduzione della degenza media dei pazienti trasferiti da AMIDA nei reparti ordinari del 10%
5. Riduzione del numero di appoggi per unità di degenza del 10%
6. n° pazienti provenienti dal territorio/ambulatori /MAC
7. Riduzione del numero di pazienti provenienti dal territorio/ambulatori /MAC accettati in Pronto Soccorso con codice verde del 30%
8. n° di pazienti dimessi e trasferiti sul territorio

CONCLUSIONI

Il Pronto Soccorso del San Gerardo, a fronte di volumi di attività stabilmente elevati che lo collocano tra i Pronto Soccorsi più frequentati della Lombardia, ha mostrato nei cinque anni in esame un progressivo aumento dei tempi di attesa in area medica e chirurgica (grafico 3 e 4)

Come evidenziato nel testo (tabella 2), il numero dei pazienti in queste due aree sono affettivamente aumentati con un contestuale aumento del livello di gravità evidenziato dall'aumento dei codici gialli e rossi. Se i tempi di attesa per i codici maggiori si sono mantenuti ben allineati con le direttive ministeriali, lo stesso non è accaduto per tutti i codici minori con una significativa e progressiva perdita di efficienza.

Il codice argento, introdotto come priorità per fragilità nei codici minori di età > 75 aa, in assenza di un'area ad essi dedicata, non ha fornito i risultati attesi.

La valutazione della fragilità e l'unità di decisione clinica per il miglioramento della gestione del Pronto Soccorso

Analizzando la tipologia di questi pazienti fragili, è evidente che in molti casi, pur trattandosi di situazioni necessitanti di una risposta sanitaria tempestiva, erano in effetti delle urgenze programmabili. Inoltre non si trattava di pazienti autopresentati ma molto spesso risultavano inviati da medici di strutture sanitarie per "non acuti" e in molti casi da medici ambulatoriali del nostro ospedale.

Questo progetto nasce ispirandosi a soluzioni organizzative di provata efficacia già messe in atto in ospedali di grosse dimensioni sia a livello internazionale che nazionale.

Prevede:

1. Apertura di area dedicata ai codici minori dove la fragilità identificata con il codice argento e la frailty scale possa avere una reale priorità di accesso.
2. Apertura di AMIDA area funzionale del Pronto Soccorso ispirata alle assessment britanniche dove medici d'urgenza e Geriatri collaborano nella gestione dei pazienti.
3. Il Pronto Soccorso del San Gerardo è dotato di un numero di posti di osservazione breve molto inferiore a quanto consigliato dalle LG ministeriali. Da qui l'idea di proporre un adeguamento con la creazione di una sorta di seconda OBI (AMIDA) accettante su prenotazione (inviati esclusivamente da medici delle strutture sanitarie per "non acuti" e dai medici specialisti ambulatoriali del nostro ospedale) dedicata alla fragilità che costituisca una seconda porta di ingresso per il nostro ospedale (no triage, zero code, no barelle, no promiscuità).
4. Reintroduzione del medico unico d'urgenza per la gestione della sala chirurgica

BIBLIOGRAFIA/ SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero"
2. <https://www.mja.com.au/journal/2010/192/7/outcomes-establishing-acute-assessment-unit-general-medical-service-tertiary>
3. <https://www.chelwest.nhs.uk/services/medicine/acute-assessment-unit-aa>
4. <http://www.westhertshospitals.nhs.uk/ourservices/aa/>
5. Cooke M., Oliver D., Burns A. (2012) Quality care for older people with urgent and emergency care needs: <https://www.rcem.ac.uk/docs/College%20Guidelines/5z9.%20Quality%20Care%20for%20older%20people%20with%20urgent%20and%20emergency%20care%20needs.pdf>
6. Chong E. (2021) Emergency department interventions for frailty (EDIFY): front-door geriatric care reduce acute admissions; J Am Med Dir Assoc. 2021 Apr;22(4):923-928.e5. doi: 10.1016/j.jamda.2021.01.083. Epub 2021 Mar 3.
7. Mazzola P. (2021) The relationship between frailty and delirium: insights from the 2017 delirium day study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33792656/>
8. Theou O. (2021) A classification tree to assist with routine scoring of the clinical frailty scale, Age and Ageing, Volume 50, Issue 4, July 2021, Pages 1406–1411, <https://doi.org/10.1093/ageing/afab006>
9. Hughes J.M. (2018) Emergency Department Interventions for Older adults: A Systematic Review, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30875098/>,
10. Rockwood K.A (2015) A frailty index based on common laboratory tests in comparison with a clinical frailty index for older adults in long-term care facilities, Rockwood; J Am Med Dir Assoc. 2015 Oct 1;16(10):842-7. doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.027. Epub 2015 May 5.
11. Royal College of Emergency Medicine (September 2018) Emergency Medicine Briefing: making the case for the four-hour standard <https://www.rcem.ac.uk/docs/Policy/Making%20the%20Case%20for%20the%20Four%20Hour%20Standard.pdf>
12. Government of western Australia department of health (2011) https://www.healthywa.wa.gov.au/-/media/Files/Corporate/Reports-and-publications/PDF/FourHourRule_Review_Stokes.pdf
13. 1-Ministero della Salute "Linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva-OBI"