

"Ottimizzazione delle dimissioni dal DEA al territorio: organizzazione del PS pediatrico ed ostetrico/ginecologico"

Marco Bordonali

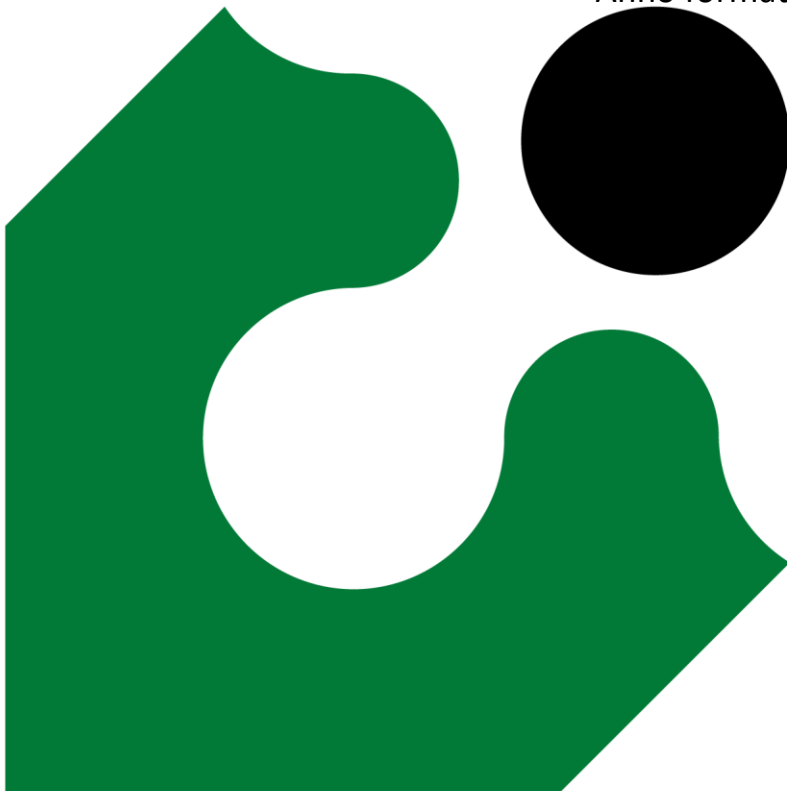
Shpetim Daka

Giuseppe Losa

Laura Pogliani

Corso di Rivalidazione manageriale

Anno formativo: 2023



Corso di Rivalidazione manageriale

Lo sviluppo del manager in sanità: tra sfide e cambiamenti post-Covid

ECOLE – Enti Confindustriali Lombardi per l'Education

Codice corso: ECOLE – RIV 2301/AE

GLI AUTORI

Marco Bordonali, Direttore DEA, Ospedale Sacra Famiglia Fatebenefratelli-Erba,
email: mbordonali@fatebenefratelli.eu

Shpetim Daka, Dirigente Professioni Sanitarie, Gruppo MultiMedica-Milano,
email: shpetim.daca@daca.it

Giuseppe Losa, Direttore Struttura Complessa Ostetricia e Ginecologia, ASST Melegnano-Martesana-Milano,
email: giuseppe.losa65@gmail.com

Laura Pogliani, Direttore Struttura Complessa Pediatria, ASST-OVESTMI-Legnano,
email: lauramaria.pogliani@asst-ovestmi.it

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

Sommario

INDICE.....	5
INTRODUZIONE	6
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	11
METODOLOGIA ADOTTATA.....	12
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	17
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE	17
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE.....	21
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	22
RISULTATI ATTESI	22
CONCLUSIONI	23
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	24
BIBLIOGRAFIA	24
SITOGRAFIA	25

INTRODUZIONE

L'idea di base del progetto è quella di agevolare la presa in carico delle persone afferenti il Pronto Soccorso Ostetrico-ginecologico e Pronto Soccorso Pediatrico creando un forte collegamento con il territorio ed in particolare modo con le Case di Comunità (CdC), in grado di farsi carico della popolazione presa in esame, garantendo la qualità, sicurezza e continuità delle cure.

Con il DM 77 vengono previsti nuovi modelli e standard in relazione all'assistenza territoriale. Il DM prevede il Distretto come centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL (Azienda Sanitaria Locale). È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto che avrà compito di committenza, produzione e garanzia dei servizi. Inoltre il decreto prevede la costruzione e la messa in attività delle Case della Comunità come luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento. Questa esigenza di mettere in forte relazione l'ospedale ed in particolare modo il Pronto Soccorso (PS) con il territorio nasce dal fatto che fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 del secolo scorso, si è assistito ad un costante aumento degli accessi nei Pronto Soccorso ospedalieri italiani che, analogamente a quanto verificatosi in altri Paesi, non erano preparati ad affrontare questa crescente ondata di pazienti e soprattutto non erano in grado di regolarne il flusso.

Alla base di questo fenomeno possiamo includere l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di pazienti complessi, l'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura. Le nuove criticità che si sono determinate sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (boarding) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (over-crowding) nei Servizi di Pronto Soccorso. Questi fattori hanno indirizzato Istituzioni e operatori verso la ricerca di nuovi scenari, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in Pronto Soccorso ed un utilizzo attivo dei tempi di attesa.

Ci si è quindi occupati di affrontare tale situazione attivando, in linea con le direttive nazionali e sulla base delle evidenze scientifiche del momento, un sistema di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure. Tale sistema, individuato nel Triage infermieristico, è stata la prima risposta del Servizio Sanitario a tali criticità, favorendo in particolar modo un più appropriato accesso alle cure. Il quadro normativo di riferimento è rappresentato da:

- D.P.R. 27 marzo 1992 - “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”;
- ATTO D’INTESA Stato-Regioni del maggio 1996 - “Atto d’intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992”;
- ACCORDO Stato-Regioni del 25.10.01 - “Linee Guida su Triage intraospedaliero - valutazione gravità all’ingresso- e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza-urgenza sanitaria”;
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013:
“Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso”.

In attuazione di tali atti di indirizzo, nel nostro Servizio Sanitario Nazionale viene introdotta e implementata la metodologia del Triage infermieristico, inteso quale strumento per effettuare una idonea selezione degli accessi in Pronto Soccorso, in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo, nonché dal grado di impegno delle risorse.

Il ruolo fondamentale assunto dal Triage all’interno dei servizi di PS, il progressivo sviluppo ed affinamento delle metodologie di valutazione, la migliore capacità di stratificare i gradi di priorità e l’attivazione di percorsi basati sull’intensità di cura hanno portato, analogamente alle più importanti esperienze internazionali, a riconoscere la necessità di modificare l’attuale sistema di codifica a quattro codici.

Alla luce anche del progressivo sviluppo di sperimentazioni avanzate, quali il “Fast Track” ed il “See and Treat”, che rappresentano nuove modalità di realizzazione di soluzioni operative funzionali alla gestione delle emergenze, è necessario individuare strumenti regolatori condivisi che garantiscano l’erogazione di una risposta assistenziale corretta ed appropriata.

In questo contesto si inserisce la necessità di aggiornare ed integrare le Linee guida del 2001 con la finalità di garantire la realizzazione di un sistema di Triage infermieristico uniforme su tutto il territorio nazionale, orientato ai nuovi bisogni di salute della popolazione e in linea con le evidenze scientifiche più recenti, che risponda alle attuali esigenze dei contesti operativi, nel rispetto della sicurezza delle cure, con un’attenzione particolare nei riguardi dei soggetti portatori di fragilità psicosociale, così da attuare un corretto approccio valutativo e realizzare, già dall’inizio del percorso di cura, una adeguata presa in carico della persona.

Il Triage, quale primo momento d’accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della

Titolo del documento

condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico (assistenza) degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento.

Gli obiettivi del Triage in PS si configurano, pertanto, nelle seguenti azioni:

- Identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento, applicando le procedure idonee a fronteggiare le situazioni di criticità in attesa dell'intervento medico, con la finalità di ridurre il tempo libero da trattamento per tutte le patologie tempo sensibili;
- Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es: patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili).

La metodologia dell'attribuzione della codifica ha permesso in questi anni di rispondere alle esigenze di gestione relativo all'aumento progressivo della richiesta di prestazioni ospedaliere.

Infatti, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti gli standard temporali previsti per l'inizio del Percorso-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA), ponderati sulla base degli studi effettuati dalle società scientifiche ed in accordo con la letteratura internazionale. In nessun caso il codice di priorità può essere usato per altri scopi che non siano l'individuazione della priorità dell'accesso alle cure. Eventuali ulteriori codifiche di percorsi clinico assistenziali successivi al Triage, devono essere chiaramente diversificate dal codice di priorità, evitando ulteriori stratificazioni o differenti sistemi di codifica aggiuntiva.

Alla luce dell'esperienza maturata negli anni, considerata la necessità di definire percorsi più appropriati che possono trovare risposte anche nell'ambito della rete dei servizi di Cure primarie o in altri setting di cura (come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 sul documento di "Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale"), è emersa progressivamente la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica attualmente in uso, basato su quattro codici colore. Ciò è in linea anche con le attuali principali evidenze scientifiche internazionali.

Nel modello proposto si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità.

La nuova codifica consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore.

L'attivazione dei flussi di trattamento, basati su diversi livelli d'intensità di cura, richiede la redazione di appositi protocolli e la realizzazione delle attività formative utili alla loro implementazione. In particolare, in relazione al livello di complessità del Presidio Ospedaliero, in coerenza con le indicazioni della programmazione regionale, è opportuno lo sviluppo di percorsi dedicati per Fast Track, See and

Treat, patologie tempo-dipendenti (rete SCA (Sindrome Coronarica Acuta), rete Stroke e rete Trauma grave) e condizioni particolari (fragilità, vulnerabilità).

Sulla base di quanto affermato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, nel quale si indica di "realizzare all'interno di PS e DEA (Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione) percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità", appare evidente come sia opportuno prevedere lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici rapidi che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, facilitando, contemporaneamente, l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri.

Il See and Treat è un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati; è un approccio applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso.

Il progetto da noi sviluppato prende in considerazione la popolazione afferente al pronto soccorso materno infantile e le strategie da metter in campo per una migliore presa in carico della persona, garantendo la qualità, la sicurezza delle cure riducendo i tempi di attesa valorizzando nello stesso tempo le figure professionali coinvolte.

Nella organizzazione del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza è fondamentale che si consideri il bambino insieme alla sua famiglia.

La Società Italiana di Pediatria ha redatto nel 2008 la Carta dei Diritti del Bambino e dell'Adolescente in Ospedale che richiama i contenuti della Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989 e si ispira alla Carta di EACH (European Association for Children in Hospital) del 1988. Tale documento riconosce che i minori hanno il diritto di avere accanto a sé, in ogni momento, i genitori o chi esercita la patria potestà; hanno il diritto di essere ricoverati in reparti idonei, di essere assistiti da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche proprie e della propria famiglia.

Le modalità di organizzazione del percorso pediatrico in Pronto Soccorso delineate di seguito sono rispettose dei principi sanciti dalla Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale.

La specificità del Triage pediatrico è data dalla valorizzazione di alcuni parametri/segni/sintomi peculiari delle fasi dell'accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente) e diversi da quelli dell'adulto. Pertanto, il Triage pediatrico deve essere effettuato da un infermiere pediatrico, ove presente in organico, o da un infermiere specificamente formato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia.

All'ingresso nel PS, l'infermiere procede alla valutazione soggettiva ed oggettiva per assegnare il codice di priorità alla visita medica, avvalendosi di specifiche griglie di valutazione di riferimento e di protocolli condivisi e validati. Particolare attenzione deve essere dedicata alla rilevazione e al trattamento del dolore pediatrico; a tale scopo, devono essere disponibili ed utilizzate, correttamente e costantemente, dall'infermiere addetto al Triage le scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fascia di età.

A causa della variabilità del manifestarsi della condizione clinica nei pazienti pediatrici, la fase di rivalutazione assume rilevanza fondamentale. Il bambino, infatti, non è sempre in grado di manifestare il mutamento della propria condizione: tanto più è piccolo, tanto maggiore sarà la difficoltà nella

Titolo del documento

segnalazione dei cambiamenti, per cui è necessario prevedere la ripetizione della rilevazione di uno o più parametri vitali, nonché dell'esame fisico, per confermare o modificare il codice di priorità assegnato all'ingresso.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso ostetrico bisogna tenere presente che la gravidanza, il parto e il puerperio sono eventi che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato; per loro natura, sono condizioni cliniche a 'rischio evolutivo' che espongono la donna e/o il feto ad un rapido deterioramento delle funzioni vitali.

Tale peculiarità condiziona l'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza sanitaria sia ospedaliero che territoriale, tanto che, nell'ambito della rete tempo dipendente per la Neonatologia ed i Punti Nascita, il triage materno-fetale e neonatale richiede una specifica organizzazione nonché specifiche competenze.

Il quadro normativo di riferimento è rappresentato da:

- Raccomandazione Ministero della Salute n. 6 marzo 2008:
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013;
- "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso";
- Linee di indirizzo sull'organizzazione del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM) e del Sistema di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN);
- Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO).

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza della donna in gravidanza che giunge in PS ostetrico, è una funzione effettuata da una ostetrica con specifica formazione volta alla corretta valutazione delle condizioni cliniche della gravida che accede al Pronto Soccorso per situazioni legate alla gravidanza stessa, al parto se imminente, o per eventuali patologie intercorrenti e rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.

Alla classificazione del codice numerico/colore di priorità per l'accesso alla visita medica devono fare seguito specifici percorsi assistenziali differenziati sia per profilo di rischio ostetrico che per eventuali patologie intercorrenti alla gravidanza, orientati al pertinente utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative.

In particolare la valutazione del profilo di rischio della donna deve essere effettuata sulla base di criteri definiti (fattori clinici, biologici, sociali, psicologici) e condivisi dall'équipe assistenziale (ostetrica, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla gestante) e accuratamente riportati nella documentazione clinica.

Il triage ostetrico deve essere caratterizzato da un processo di rivalutazione continuo e dinamico, sempre associato a un'adeguata e continuativa sorveglianza ostetrica sia della donna in gravidanza che accede al Pronto Soccorso che delle condizioni del feto.

Anche l'iter del Pronto Soccorso Ostetrico si configura come il percorso successivo all'accoglienza della paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito che può essere costituito da:

- ammissione in Osservazione Breve Intensiva Ostetrico-Ginecologica (O.B.I.O.G.);
- ricovero presso l'unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- trasferimento presso altra struttura sede di Centro Hub, garantito con l'attivazione del trasporto STAM o con l'attivazione dello STEN secondo modalità definite dall'organizzazione regionale.

Il percorso assistenziale Ostetrico è costituito da un piano organizzativo-assistenziale che possa coinvolgere anche il territorio, nell'ottica di favorire la continuità e l'integrazione dell'assistenza al percorso nascita e di disporre di una raccolta anamnestica completa atta a garantire ricoveri appropriati per livello di punto nascita.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

Il sovraffollamento dei PS è un problema globale che interessa paesi con diverse condizioni economiche. Questo fenomeno interessa sia la popolazione generale che quella pediatrica ed ostetrico-ginecologica con una percentuale di visite non urgenti che raggiunge il 90% degli accessi complessivi (Salvioli, Callicchio, Pinto, Manichedda).

Nel 2021 un accesso su tre è risultato potenzialmente evitabile, con una proporzione crescente nel tempo. Questo conferma la ritrovata tendenza, nel periodo post-Covid, a recarsi in PS per cause non appropriate e la necessità di trovare soluzioni per potere contare su medici e servizi di cure primarie anziché gravare sui servizi di emergenza (Gonzales). E' dunque urgente programmare, presso ciascun PS l'implementazione di modalità strutturate per la gestione l'informazione/indirizzamento dei pazienti verso la rete dei servizi sociali sociosanitari. A supporto è necessaria la produzione protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent user". Si devono così realizzare e rafforzare i servizi territoriali e soprattutto la loro capacità di intercettare quanto sarebbe inappropriato nell'ambito del Pronto Soccorso.

Con l'intento di mettere in pratica le linee di indirizzo nazionali di cui all'Accordo Stato/Regioni del 01/08/2019 (Rep. Atti n. 143/CSR), Regione Lombardia ha diffuso sul proprio territorio un nuovo modello di triage intraospedaliero, i cui obiettivi comprendono la regolarizzazione del flusso di pazienti al PS e la attivazione di percorsi Fast Track per i codici a bassa e medio bassa complessità assistenziale.

All'uopo sono stati avviati percorsi formativi per formatori ed operatori. Nell'attesa che la formazione del personale sia completa proponiamo un modello applicativo sulla base delle realtà presenti in alcuni ospedali milanesi e dell'hinterland milanese, sede di PS generali e DEA di II livello, come possibili esempi da cui partire.

METODOLOGIA ADOTTATA

La metodologia adottata per la stesura del progetto comprende la ricerca bibliografica, la consultazione delle linee guida nazionali, estrapolazione dei dati di accesso presso alcune strutture ospedaliere della Regione Lombardia.

Siamo partiti da una fotografia reale degli accessi al PS nell'anno 2022 nei rispettivi nosocomi di appartenenza degli autori, con particolare attenzione alla popolazione materno-infantile.

Per il gruppo MultiMedica sono stati registrati 36573 accessi. I codici minori (verde e bianco) hanno la prevalenza sul totale degli accessi per le fasce d'età e per la tipologia, attestandosi nella fascia fino a 16 anni nella misura di 88,4 per cento per il codice verde e 5,66 per il codice bianco, mentre per la fascia d'età maggiore di 16 anni le percentuali si assestano per il codice verde al 64 per cento e per il codice bianco al 10 per cento. Analizzando anche gli accessi presso il PS ostetrico-ginecologico, suddiviso per le fasce d'età, i risultati mostrano anche in questo caso la prevalenza dei codici minori nella misura 95 per cento per il codice verde nella fascia d'età fino a 16 anni e 0 per cento per il codice bianco, mentre per la fascia d'età maggiore di 16 anni osserviamo la prevalenza del codice verde con 98 per cento e circa 1 per cento per il codice bianco.

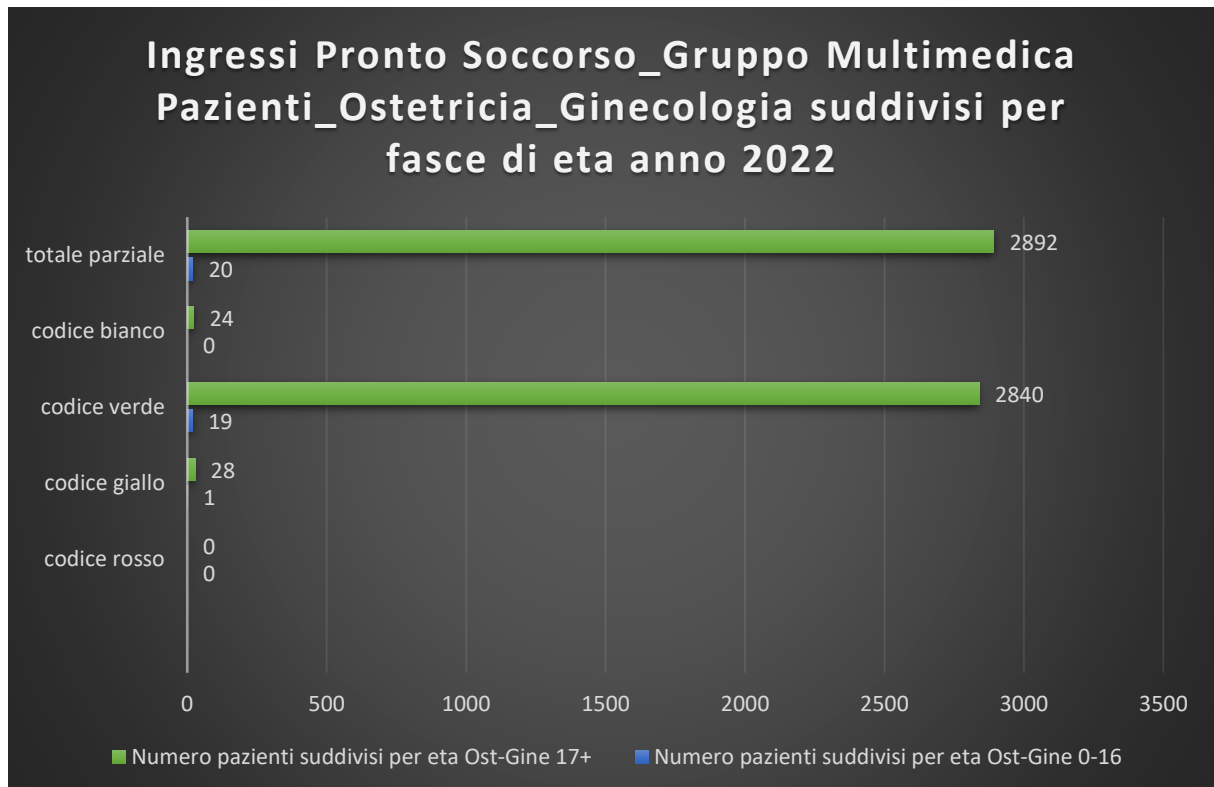
Di seguito la tabella riassuntiva ed i rispettivi grafici degli accessi presso il Pronto Soccorso Gruppo MultiMedica, anno 2022.

Tabella 1.1 Ingressi Pronto Soccorso Gruppo MultiMedica Anno 2022

Ingressi Pronto Soccorso Gruppo Multimedica Anno 2022								
	Numero pazienti suddivisi per eta		Percentuale pz suddivisi per eta		Numero pazienti suddivisi per eta Ost-Gine		Percentuale pz Ost-Gin suddivisi per eta	
	0-16	17+	% 0-16	%17+	0-16	17+	% 0-16	%17+
codice rosso	3	594	0,4	1,8	0	0	0,0	0,0
codice giallo	38	7874	5,4	23,9	1	28	5,0	1,0
codice verde	626	21020	88,5	63,8	19	2840	95,0	98,2
codice bianco	40	3466	5,7	10,5	0	24	0,0	0,8
totale parziale	707	32954	100,0	100,00	20	2892	100,0	100,0
totale accessi	36573							



Diagramma 1.1 Ingressi Pronto Soccorso Gruppo MultiMedica suddivisi per codice colore nell'anno 2022



Titolo del documento

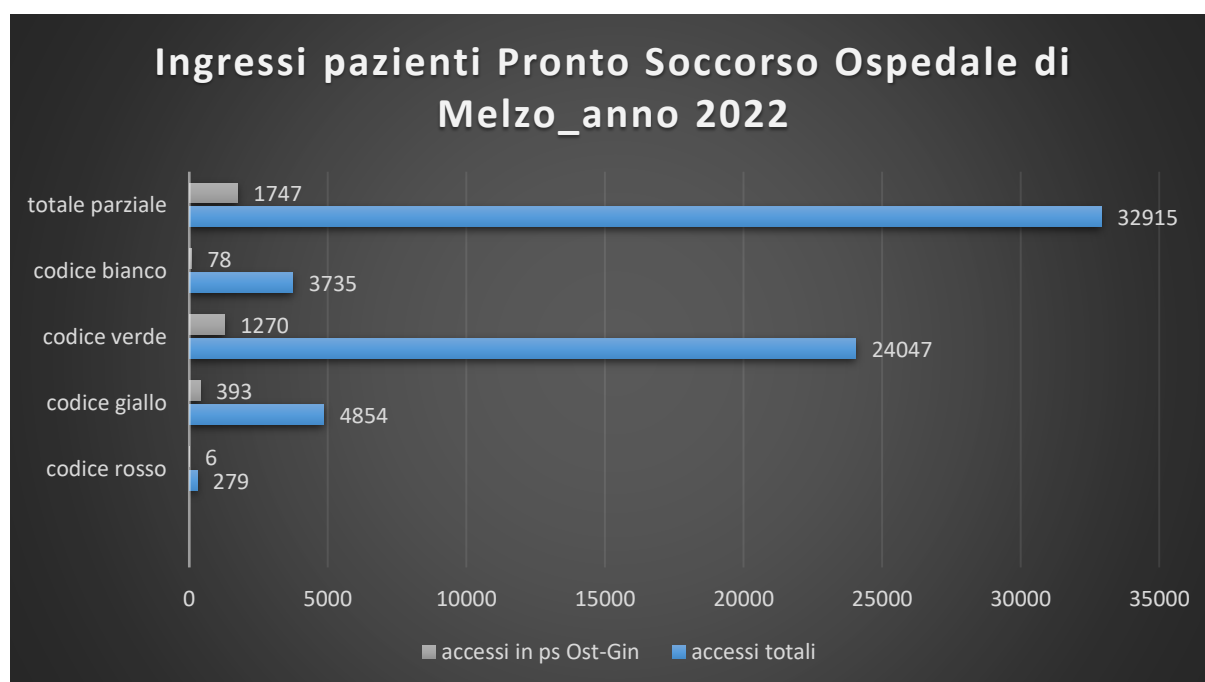
Nel caso dell'Ospedale di Melzo nell'anno 2022, limitatamente agli accessi presso la sala ostetrico-ginecologica, i codici minori hanno la prevalenza sul resto con percentuali che si assestano per il codice verde al 73 per cento circa e per il codice bianco al 4,5 per cento circa. Dei 1747 accessi presso il pronto soccorso Ostetrico-Ginecologico di Melzo hanno richiesto la visita ginecologica 1207 persone di cui 35 nella fascia d'età fino a 16 anni e 1172 nella fascia d'età sopra i 16 anni.

Di seguito la tabella riassuntiva ed il rispettivo grafico degli accessi presso il Pronto Soccorso Ospedale di Melzo, anno 2022.

Tabella 1.2 Ingressi Pronto Soccorso Ospedale di Melzo Anno 2022

Ingressi Pronto Soccorso Melzo Anno 2022				
	accessi totali	accessi in ps Ost-Gin	% accessi Ost-Gine sul totale accessi	% accessi ps Ost-Gin suddivisi per colore
codice rosso	279	6	2,2	0,3
codice giallo	4854	393	8,1	22,5
codice verde	24047	1270	5,3	72,7
codice bianco	3735	78	2,1	4,5
totale parziale	32915	1747		100,00
totale accessi	34662			

Diagramma 1.2 Ingressi Pronto Soccorso Ospedale di Melzo suddivisi per codice colore nell'anno 2022

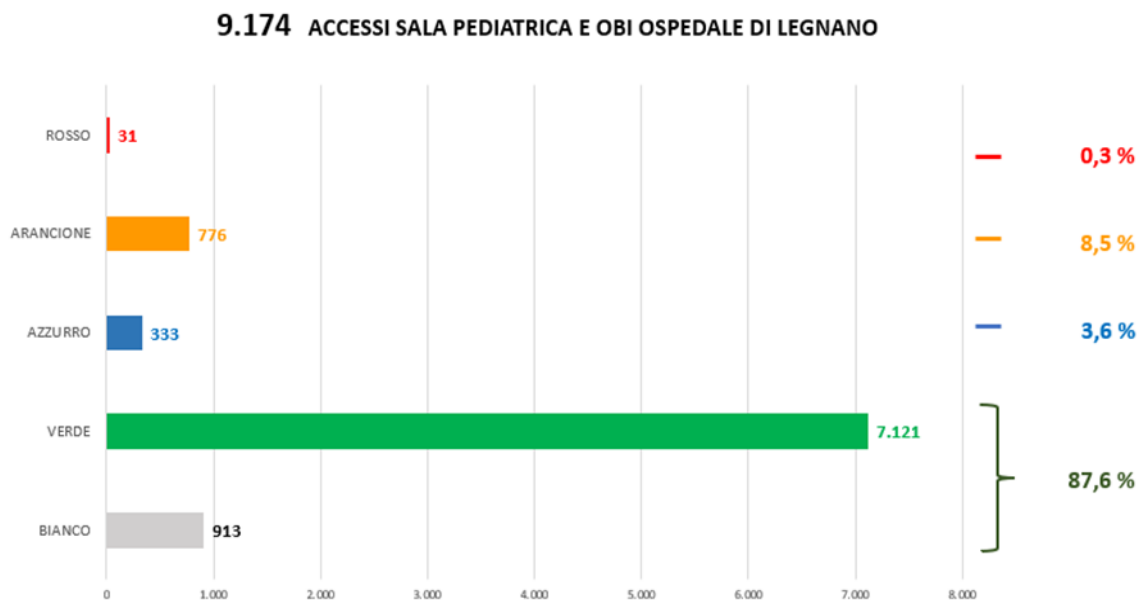


Presso l'ospedale di Legnano nel 2022 sono stati registrati 64.212 accessi totali di cui 9.174 pediatrici e 4.535 ostetrico-ginecologici. Il triage è già organizzato con la declinazione di 5 codici colore. Per la sala pediatrica, i codici minori (bianchi e verdi) hanno rappresentato il 87,6% degli accessi (diagramma 1) per la sala ostetrico-ginecologica i codici minori (bianchi e verdi) sono stati il 95,2% degli accessi

Tabella 1.3 Ingressi Pronto Soccorso Ospedale di Legnano Anno 2022

ACCESSO PRONTO SOCCORSO DI LEGNANO ANNO 2022			
	ACCESSI TOTALI	ACCESSI IN PS OST-GIN	ACCESSI PEDIATRICI
codice rosso	1.815	11 (0.2%)	30 (0.3%)
codice arancione	10.387	71 (1.6%)	623 (8.5%)
codice verde	44.090	3.970 (87.5%)	6.844 (78%)
codice azzurro	1.941	130 (2.9%)	307 (3,6%)
codice bianco	5.979	353 (7.7%)	901 (10%)
totale	64.212	4.535	9.174

Diagramma 1.3 accessi pediatrici suddivisi per codice colore nell'anno 2022 presso l'Ospedale di Legnano



Dati 2022

Titolo del documento

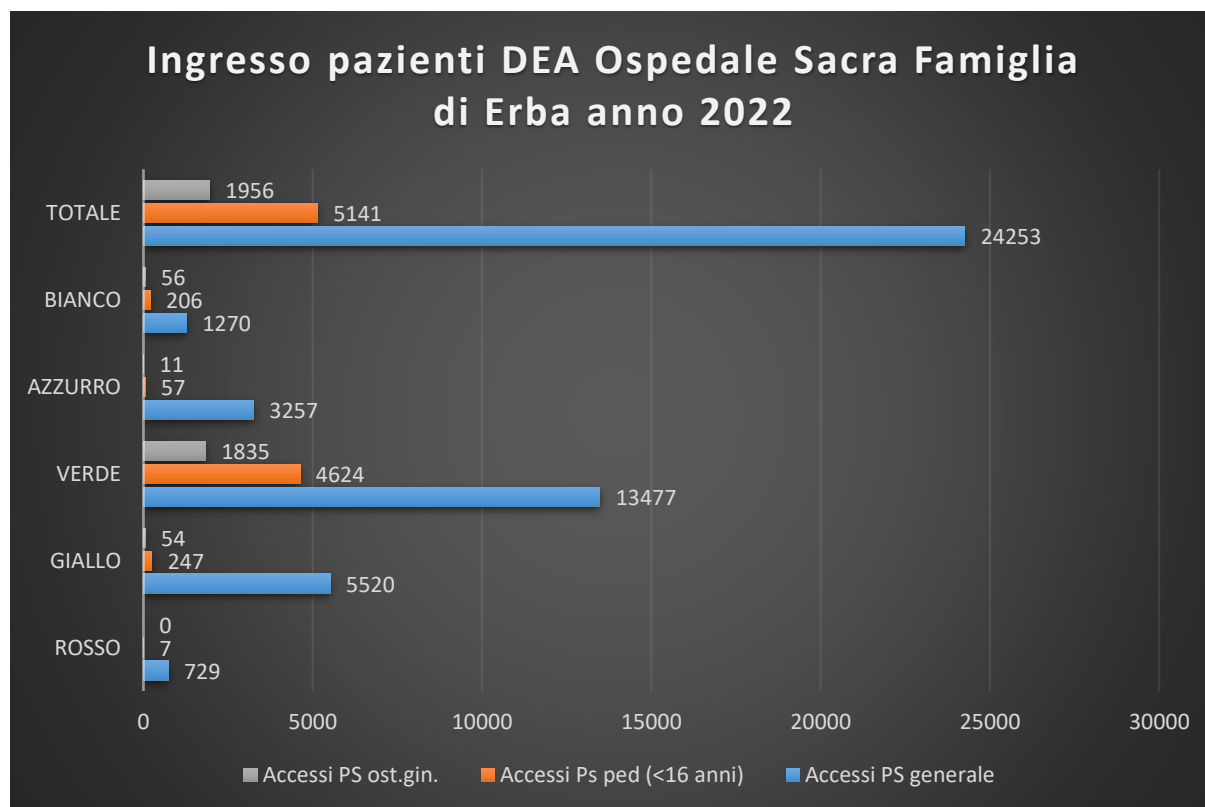
In linea con quanto osservato negli altri ospedali anche i dati ottenuti presso il DEA Ospedale Sacra Famiglia mostrano la prevalenza dei codici minori con punte altissime in relazione al codice verde della nuova numerazione sia per gli accessi presso il PS Ostetrico-ginecologico sia per gli accessi pediatrici. Comunque non sono da sottovalutare gli accessi codificati con il codice bianco e verde, codici presi in esame dal nostro progetto.

Di seguito la tabella con il diagramma degli accessi presso l'ospedale Sacra Famiglia di Erba.

Tabella 1.4 Ingressi DEA Ospedale Sacra Famiglia Erba Anno 2022

Ingressi DEA Ospedale Sacra Famiglia Erba anno 2022			
Codice	Accessi PS generale	Accessi Ps ped (<16 anni)	Accessi PS ost.gin.
ROSSO	729	7	0
GIALLO	5520	247	54
VERDE	13477	4624	1835
AZZURRO	3257	57	11
BIANCO	1270	206	56
TOTALE	24253	5141	1956

Diagramma 1.4 accessi suddivisi per codice colore nell'anno 2022 presso l'Ospedale Sacra Famiglia Erba



La mole degli accessi impropri ha offerto il presupposto del nostro studio. Abbiamo quindi ipotizzato un percorso alternativo per i codici minori in entrata e uscita dal PS.

Proponiamo un programma per l'invio del paziente in uscita dal PS materno-infantile con codice bianco e verde dal PS al territorio come inizio di un percorso che verrà implementato con l'efficientamento delle case della comunità e che permetterà in un prossimo futuro, la gestione dei casi non urgenti direttamente sul territorio, evitando così la gran parte degli accessi impropri ai servizi di urgenza ed emergenza degli ospedali.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Minori e loro famiglie
Gravide, puerpere, donne con patologie minori ginecologiche
Personale medico e del comparto attivo in PS
Azienda Ospedaliera
Pediatri di libera scelta
Medici di medicina generale
Operatori nelle Case di Comunità
Consultori

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

Come già detto concentreremo il nostro lavoro sui codici minori (bianchi e verdi). Il percorso dei codici rossi, arancioni ed azzurri non è previsto in questo contesto.

Attualmente tutti i minori con queste caratteristiche che accedono al PS vengono caricati sulla sala pediatrica, le donne con chiara sintomatologia d'organo direttamente al PS ostetrico-ginecologico.

Dopo una prima visita del pediatra, se necessario, i bambini vengono depistati ai diversi specialisti (ortopedico, otorinolaringoiatra, chirurgo pediatra, oculista,) quindi ricondotti al pediatra e, in base all'esito della consulenza, dimessi, trattenuti in OBI (Osservazione Breve Intensiva), ricoverati, trasferiti.

Ove non vi sia indicazione ad una valutazione specialistica immediata ma differibile, nel programma PS3 in funzione presso la ASSTOVEST dell'Ospedale di Legnano, esiste la possibilità di prenotare direttamente la visita specialistica avendo a disposizione degli slot predefiniti e fornire così alla famiglia data, orario ed impegnativa per accedervi. (figura 1,2,3)

Figura 1: Programma PS3

The image shows a screenshot of the ASST Ovest Milanese web portal. The main heading is "Ottimizzazione delle dimissioni dal DEA al territorio. Organizzazione del PS pediatrico ed ostetrico-ginecologico". The page includes a navigation bar with links for "Applicativi Sanitari", "Applicativi Socio Sanitari", "Applicativi Amministrativi", "Link Esterni", "HelpDesk", "VideoConferenze", and "Salute e Sicurezza sul Lavoro". Below this is a "Ultime Notizie" section with three news items dated 05/06/2023, 25/05/2023, and 23/12/2020. The main content area is titled "Applicativi Sanitari" and displays a grid of application icons. The "PS3" icon, labeled "Gestione Prenotazioni", is circled in red. Other applications include Fenix, Carestream PACS, AceWeb, CUP3, Prescrivo.Web, Prenotazione Firma Remota, Galileo, PHM, OrmaWeb, CodeFinder, Web Atmosphere, Telemonitoraggio, and Space Online Suite. The footer shows a logo, the number "3", and the date "25/09/2023".

Figura 2: richiesta Visite Specialistiche

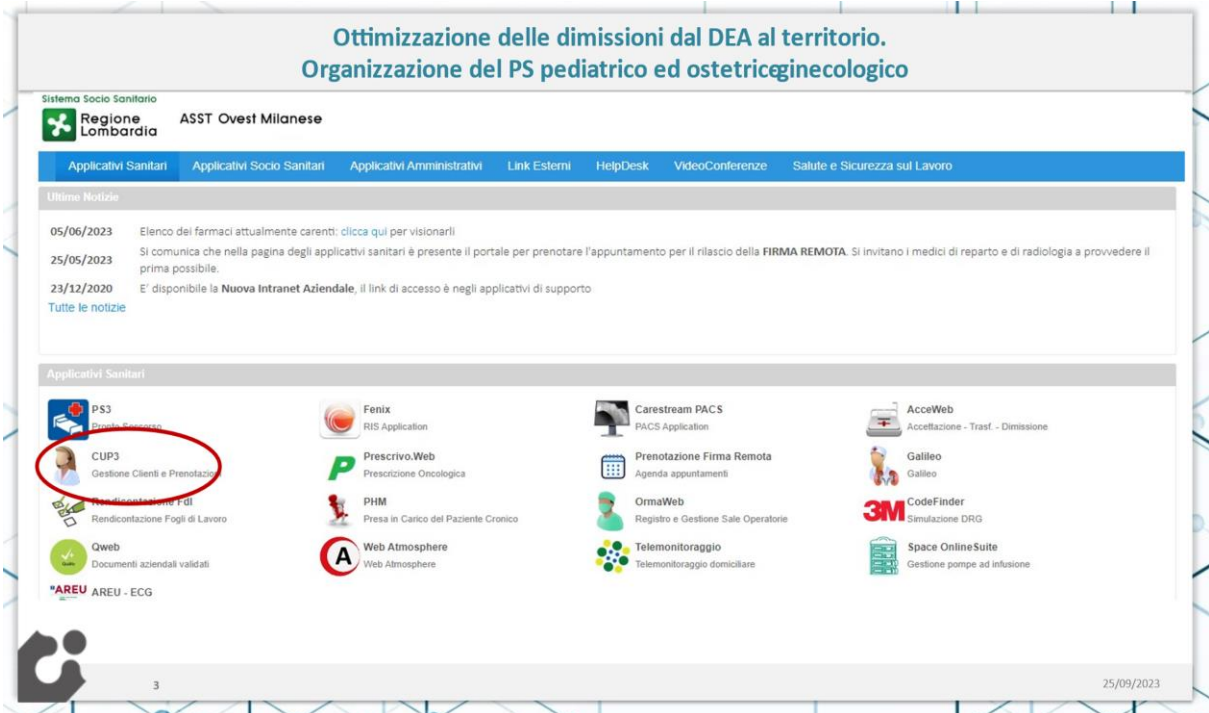
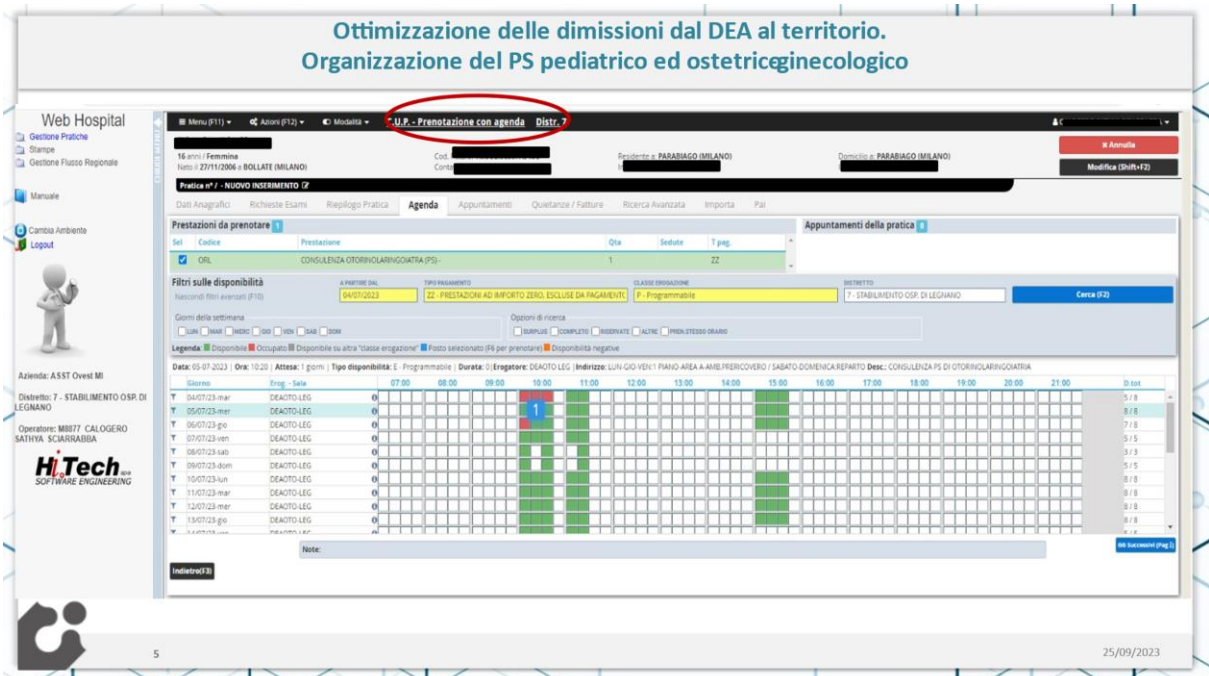


Figura 3: Prenotazione appuntamenti visite



Tuttavia il numero di visite prenotabili è limitato e non disponibile per tutte le specialità.

Titolo del documento

Per quanto attiene alla specialità ostetrica abbiamo prodotto un algoritmo

COSA	Procedura specifica rivolta alla donna gravida che si presenta al Triage Ostetrico con riferita o documentata necessità
A CHI	È rivolta all'ostetrica/o di Triage del Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico.
DOVE	È applicabile in tutti i Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologici La collocazione del pronto soccorso ostetrico è prevista presso il reparto di Ostetricia dotato di professionalità, strumentazione e spazi dedicati
PER	Tutte le gravide codice colore verde e bianco che accedono al PS per ottenere una efficiente ed efficace gestione ostetrica della persona assistita che renda “tempo utile” il tempo di attesa del paziente alla visita medica, trasformando “l’attesa passiva” in “attesa attiva” standardizzando le prestazioni.
FINALIZZATO	All’invio presso i consultori, ambulatori ospedalieri di primo e secondo livello.

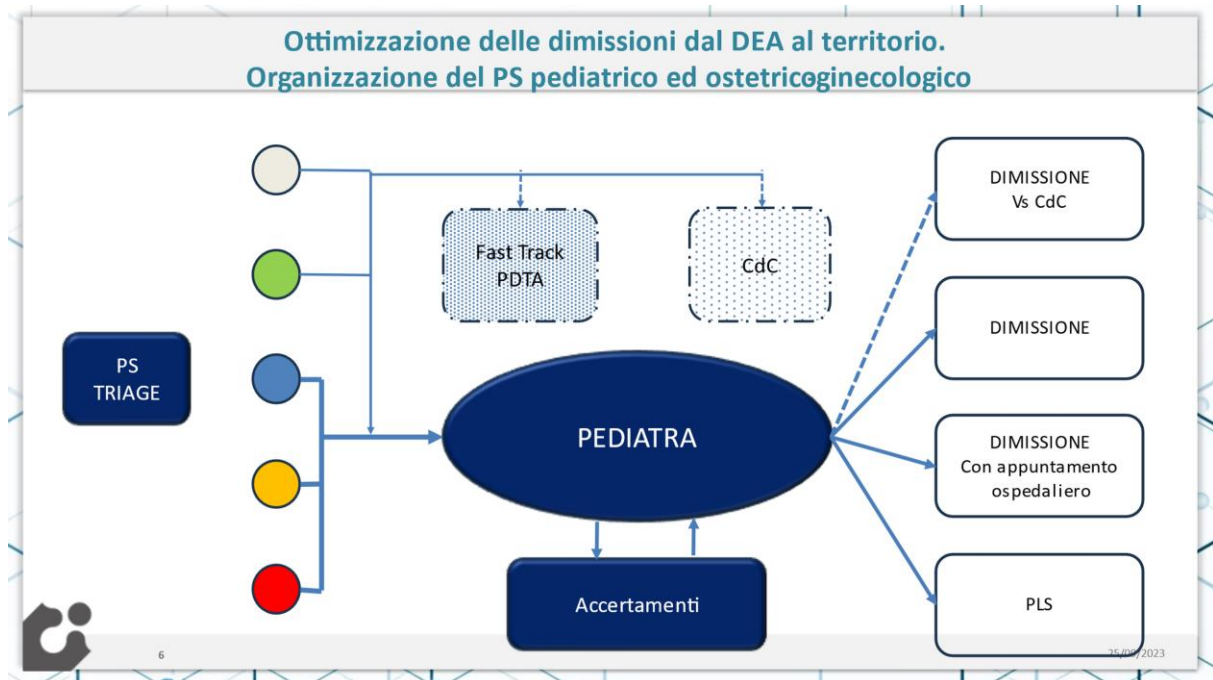
Dotando e collegando la casa della comunità che afferisce all'ospedale di Legnano e Melzo (già esistente e con sede a pochi km dal nosocomio) degli stessi supporti tecnologici ed informativi attivi e connettendo tra loro i professionisti per consentire la condivisione delle informazioni e per integrare i medici del territorio con l'ospedale e con gli attori del sociale, sarebbe possibile alleggerire il carico di lavoro degli ambulatori ospedalieri e facilitare, implementandoli, servizi già attivi presso la casa di comunità (es. servizio vaccinale, screening, assistenti sociali).

Ricordiamo che il PS pediatrico ed ostetrico-ginecologico è il luogo dove vengono evidenziate situazioni socio-economiche-culturali occulte, misconosciute che necessitano di presa in carico globale: incuria, degrado, violenza domestica.....

Nello schema sottostante (figura 4) viene riassunto il percorso proposto per i codici minori pediatrici.

La linea tratteggiata evidenzia le funzioni non ancora attive e che verrebbero realizzate con il progetto

Figura 4: Percorso triage codici minori pediatrici



COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Data per assodata la presenza delle strutture e del personale necessari (case di comunità ed ospedali con il rispettivo personale medico, di comparto ed amministrativo), i costi, purtroppo non quantificabili con certezza, sono rappresentati:

- dal comune utilizzo di sistemi di programmazione (per ridurre la spesa potrebbero essere utilizzati quelli già in uso nei CUP (Centro Unico di Prenotazione) aziendali;
- dalla creazione di una cartella clinica comune informatizzata che ridurrebbe la continua replicazione dei dati (anamnesi raccolta più volte, esami ripetuti più volte e non trasmessi, causa dimenticanze ed incomprensioni paziente- operatori sanitari etc..).

La cartella clinica informatizzata risulta già essere uno degli obiettivi gestionali regionali, converrebbe uniformarla nel sistema ospedale- territorio.

CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)

Marco Bordonali: percorso codici minori PS

Shpetim Daka: percorso codici minori PS (personale del comparto)

Giuseppe Losa: organizzazione percorso ostetrico-ginecologico PS

Laura Pogliani: organizzazione percorso area pediatrica PS

RISULTATI ATTESI

L'efficacia e l'efficienza di questo modello potrebbe essere valutata mediante i seguenti indicatori:

- numerosità codici bianchi-verdi /anno;
 - numerosità rientri PS/anno;
 - tempi di attesa in PS;
 - questionario di soddisfazione utenti;
 - burnout personale PS;
 - numero dimissioni del personale del PS/anno;
 - riduzione costi per l'Azienda
 - saturazione slot casa della comunità
 - presa in carico popolazione fragile
 - adesione vaccinazioni programmate indirizzando i bambini e le donne gravide giunte in PS causa malattie infettive o sospette tali
 - recupero pazienti persi ai programmi di screening
-
- Come ulteriore sviluppo, sarebbe auspicabile l'utilizzo sistematico del numero unico europeo per cure non urgenti (centrale operativa territoriale COT 116117 come da DM n 77/2022 che funge da raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting, compresi quello pediatrico e ostetrico/ginecologico, al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

CONCLUSIONI

Il Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa-in carico e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si parla di sovraffollamento (overcrowding).

I fattori in ingresso (“input”) e i fattori di uscita (“output”) possono concorrere a determinare il prolungato stazionamento dei pazienti già valutati e in attesa del posto letto all’interno del Pronto Soccorso (così detto boarding) che determina un notevole assorbimento di risorse operative. Gli interventi di sistema riguardano prevalentemente l’interazione funzionale tra ospedale e territorio, tramite la definizione dei ruoli e delle reti sia ospedaliere che territoriali.

Il nostro lavoro si è concentrato in particolare sui processi di “uscita” dal PS, partendo dal presupposto che adottando adeguate strategie organizzative di invio presso le strutture di cure primarie e del territorio è possibile ridurre il numero di prestazioni non necessarie, il carico di lavoro ed i tempi di attesa in PS, il numero di ricoveri per patologie curabili a livello ambulatoriale ed i costi, migliorando di conseguenza anche la soddisfazione del paziente. La creazione delle case di comunità voluta dal PNRR costituisce un eccellente ed unica occasione per attuare un simile progetto (Decreto 23 maggio 2022, n. 77).

Data la numerosità e variabilità degli utenti, abbiamo identificato come target del nostro lavoro la popolazione afferente all’area materno-infantile, particolarmente preziosa per il futuro della nazione in questo momento storico di crisi demografica e denatalità.

Abbiamo quindi proposto un percorso specifico per i codici minori della popolazione materno-infantile che afferiscono al dal PS. Tale progetto prevede la presa in carico immediata dei pazienti da parte del territorio mediante un collegamento informatizzato tra PS e CdC che permette di fornire all'utente un appuntamento già definito all'uscita dall'ospedale.

L'attivazione sistematica di questo ciclo virtuoso permetterebbe di ottenere un calo progressivo del 15/20% annuo degli accessi impropri.

RIFERIMENTI NORMATIVI

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*

Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019, (Rep. Atti n. 143/CSR)

DGR n. XI/6168 del 28/03/2022 *“Rete regionale dei Pronto Soccorso - determinazioni in merito al percorso di formazione in triage intraospedaliero*

DELIBERAZIONE N° XI / 6893. Giunta Regione Lombardia *APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO “INTERVENTI PER L’EFFICIENTAMENTO DEL FLUSSO DEI PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO”*

Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti “Modalità organizzative per garantire l’assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale – Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali Giannone
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DELL’EX MINISTERO DELLA SALUTE

BIBLIOGRAFIA

Savioli G, Ceresa IF, Gri N, et al. Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *J Pers Med.* 2022;12(2):279. Published 2022 Feb 14. doi:10.3390/jpm12020279

Calicchio M, Valitutti F, Della Vecchia A, et al. Use and Misuse of Emergency Room for Children: Features of Walk-In Consultations and Parental Motivations in a Hospital in Southern Italy. *Front Pediatr.* 2021; 9:674111. Published 2021 Jun 8. doi:10.3389/fped.2021.674111

Pinto L, Bianchini S, Barbieri MA, et al. The use of pediatric short-stay observation in Italy. *Ital J Pediatr.* 2023;49(1):34. Published 2023 Mar 21. doi:10.1186/s13052-023-01441-8

Maninchedda M, Proia AS, Bianco L, Aromatario M, Orsi GB, Napoli C. Main Features and Control Strategies to Reduce Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature. *Risk Manag Healthc Policy.* 2023; 16:255-266. Published 2023 Feb 21. doi:10.2147/RMHP.S399045

González García LG, Rodríguez Manchón S, Mata Zubillaga D, et al. Impact on admittance of children on emergency department of a regional hospital from north of Spain during the COVID-19 state of alarm. *Pediatr Emerg Care* 2021; 37: e64-e65.

SITOGRAFIA

Library & Information Services (1998). *Electronic library resources: a subject guide to selected resources on the Internet* [online]. The Nottingham Trent University, Nottingham. Disponibile su <<http://www.ntu.ac.uk/lis/elr.htm>> [Data di accesso: 16/07/2004].

Defoe D. (1998). *The fortunes and the misfortunes of the famous Moll Flanders* [online]. Project Gutenberg, Champaign, Illinois. Disponibile su <<http://www.archive.org/gutenberg.htm>> [Data di accesso: 16/04/2005].