



ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

PB 233
Percorso ospedaliero del paziente che
accede in Pronto Soccorso

Redazione	Derrick Mc Gilliard
Verifica e Approvazione	Sergio Pili Direttore Sanitario Ospedaliero
Emissione e Revisione	Direttore Sanitario Aziendale
Adozione	Delibera Direttore Generale ASL
Distribuzione	Originale <input checked="" type="checkbox"/>
	Controllata <input checked="" type="checkbox"/> Non controllata

Indice

Premessa	pagina 3
Aree di attività, tipologie di percorso e organizzazione del Pronto Soccorso	3
Il triage e l'avvio del percorso.	3
Aree di attività e tipologie di percorso	4
Area e percorso per le alte complessità clinico-assistenziale	5
Area e percorso per le complessità clinico-assistenziali intermedie	5
Area a bassa complessità	5
See & Treat e Fast Track	5
L'Osservazione Breve Intensiva	6
Flow chart dei percorsi di Pronto Soccorso	7
Gestione del paziente	9
Diagramma del flusso della presa in carico della cura del paziente	11
<i>Matrice delle responsabilità RACI del processo di Gestione del Paziente</i>	<i>12</i>
<i>Lista di distribuzione</i>	<i>12</i>

1. Premessa

Il Pronto Soccorso è un servizio dedicato alle emergenze clinico-assistenziali e gli utenti vi si recano per avere risposte adeguate e tempestive.

Il percorso dei pazienti nel pronto Soccorso è influenzato da vari fattori che possiamo distinguere in fattori di ingresso (“*input*”), interni strutturali (“*throughput*”) e di uscita (“*output*”) e la sua linearità richiede un’attenta pianificazione sia nella fase intra-ospedaliera che nell’interfaccia ospedaliero-territoriale/domiciliare. I fattori di ingresso dipendono da politiche non governabili a livello ospedaliero mentre quelli interni e di uscita possono essere modificati da adeguate strategie organizzative dell’ospedale.

Tra i fattori di “*throughput*” quello che condiziona di più il flusso dei pazienti in PS è rappresentato dalle consulenze specialistiche e dagli accertamenti diagnostico-strumentali (es. TAC) sempre più necessari per l’aumento dell’età media dei pazienti, delle comorbilità e per assicurare ricoveri appropriati e dimissioni sicure.

Il fattore di “*output*” più critico è la difficoltà di assicurare tempestivamente i ricoveri urgenti per carenza di posti letto disponibili molto spesso attribuibile all’inefficiente gestione degli stessi.

2. Aree di attività, tipologie di percorso e organizzazione del Pronto Soccorso

Il servizio di Pronto Soccorso è di norma articolato in quattro macroaree, una, la prima, di ingresso e inquadramento e le altre tre corrispondenti ad altrettante tipologie di percorso:

- Triage
- Area per le alte complessità
- Area per le complessità intermedie
- Area a bassa complessità

3. Il triage e l’avvio del percorso.

Il triage è il punto di inizio del percorso di assistenza e cura in pronto Soccorso, comune a tutti i percorsi e a tutte le tipologie di paziente; controlla gli ingressi (pedonale e Camera Calda) e le attese (interne ed esterne).

Possiede competenze, dotazioni e dispositivi per effettuare le attività di accoglienza e accettazione e la prima valutazione dei pazienti sia deambulanti che barellati provenienti dalla Camera Calda.

Il triage è effettuato da un infermiere opportunamente addestrato che valuta:

- la condizione clinica dei pazienti;
- il rischio evolutivo
- la stima delle risorse necessarie per il trattamento

e attribuisce la priorità clinico-assistenziale con codici colore. L’infermiere di triage definisce l’ordine di accesso, gestisce l’attesa ed assegna ciascun paziente al percorso appropriato e ai professionisti di riferimento.

Il tempo di attesa del paziente termina quando un operatore sanitario (medico o infermiere) prende in carico il paziente effettuando le prime attività del percorso clinico-assistenziale indicato. La funzione di triage è garantita continuativamente.

– Il Triage ostetrico

è effettuato 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. Rappresenta la

base per una valida impostazione di un appropriato piano assistenziale e per la precoce individuazione di potenziali complicanze della gravidanza e del parto.

4. Aree di attività e tipologie di percorso

Al triage il paziente viene assegnato al percorso appropriato e inviato nell'area correlata. I percorsi possono avere tre tipologie in ragione della complessità clinico assistenziale del caso. La tabella n.2 riassume le tipologie e le condizioni correlate.

Complessità clinico-assistenziale			
Tipologia di percorso	Ad alta Complessità	A complessità intermedia	A bassa complessità
Condizioni cliniche e rischio evolutivo	Assenza/rapido deterioramento di una funzione vitale o con necessità di supporto meccanico/ farmacologico ad almeno una funzione vitale	Pazienti con necessità di rapido intervento Diagnostico-terapeutico	Pazienti deambulanti e/o con ridotte necessità assistenziali che non richiedono un rapido intervento diagnostico-terapeutico
Risorse	Massima e immediata disponibilità di più risorse	Massima disponibilità di più risorse di tipo 1 con tempistiche diverse	Fino ad un massimo di due risorse
Bisogni	Massima	Elevata	Bassa complessità assistenziale
Linea di attività	Alta complessità	Complessità Intermedia	Bassa complessità

Tab. 2 Tipologia di percorso e linea di attività

5. Area e percorso per le alte complessità clinico-assistenziale

Il paziente ad alta complessità clinico-assistenziale accede al Pronto Soccorso generalmente in ambulanza, ma talvolta il suo ingresso può avvenire anche tramite autopresentazione. Nel primo caso il paziente viene rapidamente valutato al triage e accede all'area ad alta complessità sulla barella del mezzo di soccorso, nel secondo caso il processo di triage è completato e il paziente viene accompagnato nell'area per l'alta complessità composta da una o più sale rosse (Shock Room) dal personale del Triage.

Dall'area ad alta complessità sono rapidamente raggiungibili le aree di diagnostica strumentale (RX, Ecografia, TC, RMN ed Endoscopia).

In caso di prognosi infausta, il paziente sarà trasferito dall'area ad alta complessità in uno spazio riservato e protetto separato dalle attività di PS dove i familiari potranno accompagnarlo nel percorso di fine vita o, in caso di decesso, in Camera mortuaria.

Negli altri casi il paziente seguirà un percorso che potrà essere interventistico (area operatoria), intensivo (terapia intensiva), di ricovero (degenza ordinaria) o di osservazione breve (OBI).

6. Area e percorso per le complessità clinico-assistenziali intermedie

Il paziente a complessità clinico-assistenziale intermedia accede al PS in ambulanza o tramite autopresentazione. Il paziente a complessità intermedia è indirizzato dal triagista alla relativa area di trattamento, attigua all'area triage, che condivide con il percorso ad alta complessità l'area di attesa e il percorso per l'area diagnostica. In quest'area è effettuata la valutazione che può condurre al ricovero in reparto, all'osservazione breve, al trasferimento in altro Presidio o alla dimissione.

L'area è sede di attesa è provvista di dotazioni flessibili facilmente riconfigurabili (poltrone reclinabili e barelle) in numero commisurato al volume degli accessi, sistemi di separazione mobili tra le postazioni, letti monitorizzati comprensivi di defibrillatore. Sono inoltre disponibili e i gas medicali.

7. Area a bassa complessità

Ha una collocazione facilmente accessibile da parte degli operatori sanitari, spazi visita per le visite del personale medico e infermieristico e servizi igienici nelle immediate vicinanze.

Il percorso a bassa complessità comprende:

- a. Codici Minori (con medico)
- b. See & treat (gestito dall'infermiere)
- c. Fast track (invio diretto dal triage alla gestione specialistica)

8. See & Treat e Fast Track

Quando al triage è osservata una condizione clinica senza compromissione delle funzioni vitali, evolutività irrilevante, modesta sofferenza del paziente e per la quale è identificabile chiaramente e semplicemente il problema principale, viene:

- gestita dall'infermiere di PS con attivazione di un percorso S&T;
- affidata alla competenza di uno specialista non di PS attivando un percorso di FT.

Queste casistiche solitamente caratterizzate da codice di priorità bianco "non urgente" e verde "urgenza minore", possono essere gestite con protocolli snelli in un'area diversa da quella dell'urgenza, con tempi contenuti di attesa e di processo.

– See & Treat

Il S&T è una risposta assistenziale alle urgenze minori gestita dall'infermiere di PS con protocolli medico-infermieristici condivisi. Il paziente è preso in carico da un infermiere specificamente addestrato che gestisce il caso, in condivisione col medico, fino alla dimissione del paziente.

Al mutare della condizione clinica il paziente può essere reinserito nel percorso "tradizionale" di PS o in percorsi alternativi di bassa complessità come il FT.

– **Fast Track**

Il FT è un percorso per la gestione dei casi a minore complessità attivabile in tutti gli ospedali per le discipline specialistiche presenti.

Il FT consiste nell'invio a visita specialistica (oculistica, otorinolaringoiatrica, ortopedica etc.) direttamente da parte dell'infermiere di triage senza bisogno di valutazioni del medico di PS. Lo specialista, completato il percorso clinico-assistenziale, provvede alla dimissione del paziente.

Il percorso FT non prevede il rientro in PS se non quando insorgano o si evidenzino problematiche cliniche di competenza del medico d'urgenza. Il rientro nel percorso tradizionale di PS è sempre preceduto da un contatto telefonico tra i medici.

9. L'Osservazione Breve Intensiva

L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) è una funzione specifica della SC di Medicina d'Emergenza Urgenza dedicata all'osservazione clinica e al completamento dell'iter diagnostico, strutturata in un'area specifica, collegata anche organizzativamente al PS.

L'attività è volta ad individuare, in tempo definito e limitato e con adeguato livello di sicurezza, il setting assistenziale più idoneo ed è riservata ai pazienti per i quali non è possibile definire il setting appropriato durante l'assistenza in PS. In OBI l'osservazione dura massimo 48 ore e ha l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle dimissioni da PS.

Trascorse le 48 ore di permanenza in OBI, il paziente viene ricoverato, con decorrenza del ricovero dal momento dell'ammissione in OBI.

L'attività in OBI comprende l'osservazione, l'eventuale approfondimento diagnostico e la terapia a breve termine completando il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale iniziato in PS.

L'accesso del paziente in OBI ai servizi diagnostici ed alle consulenze segue gli stessi canali preferenziali previsti per i pazienti in PS. Il numero delle postazioni (letti) è adeguato al volume degli accessi, alla casistica osservata e alle peculiarità del territorio di riferimento. Le linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva, approvate con l'accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019, prevedono il criterio di 1 postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso e che almeno la metà siano dotate di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente.

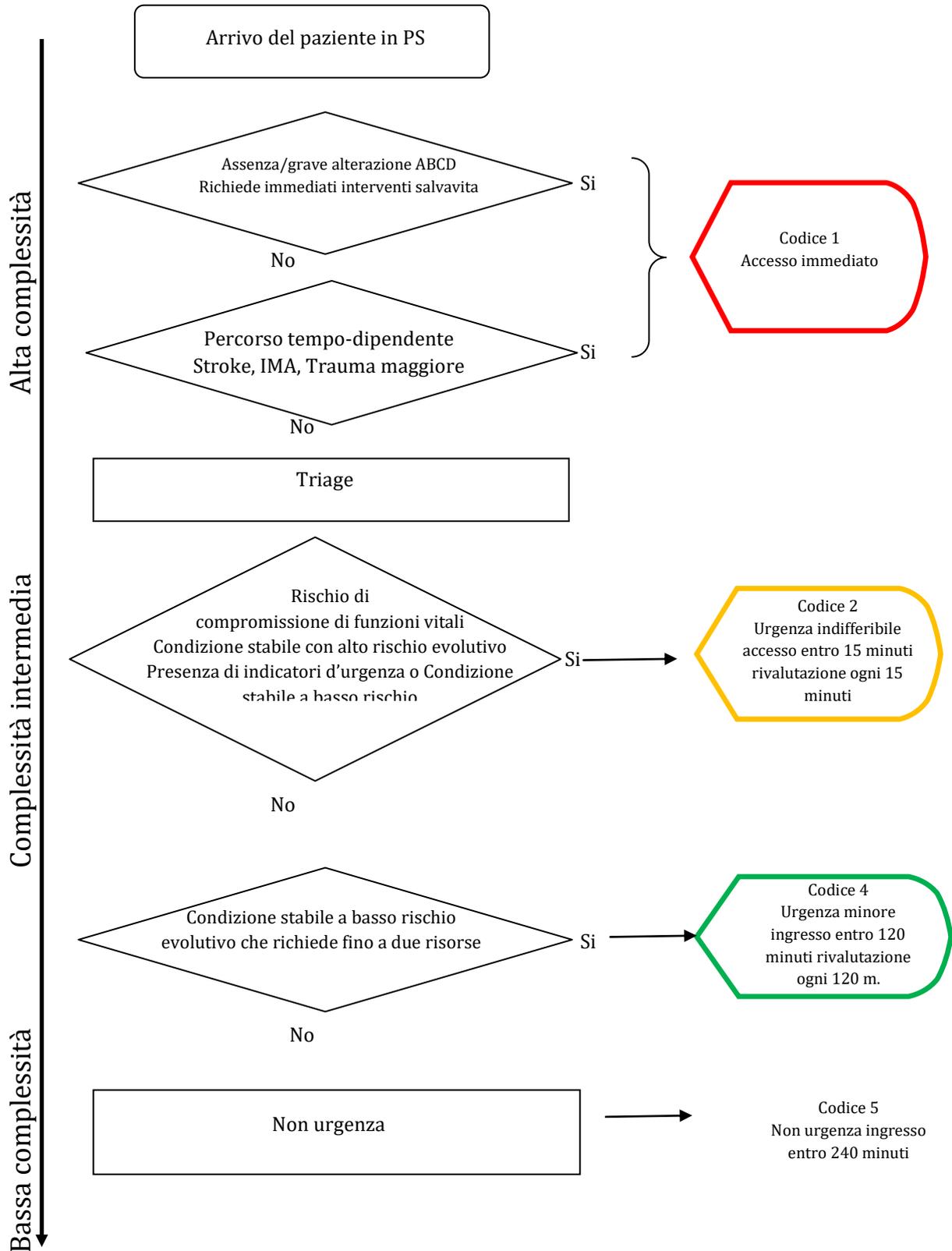
L'attività di osservazione deve svolgersi separatamente per l'ostetricia/ginecologia che può essere assicurata nel reparto di competenza.

– **OBI Ostetrico-Ginecologica**

L'OBI ostetrico-ginecologica è un'articolazione della Struttura di ginecologia. L'attività di osservazione ostetrico-ginecologica si svolge nel reparto di ostetricia e ginecologia.



10. Flow chart dei percorsi di Pronto Soccorso



Triage

Il paziente in codice rosso viene introdotto direttamente in Sala emergenza. Per gli altri pazienti l'infermiere di triage acquisisce i dati ed effettua le sue valutazioni utilizzando gli schemi e gli strumenti previsti dalle procedure in uso, atte ad individuare le priorità di accesso alla visita del paziente e la sua adeguata collocazione. Il paziente può essere indirizzato direttamente a percorsi di fast-track predefiniti.

Sale d'attesa

I parenti/accompagnatori non devono sostare nei locali del Pronto Soccorso e laddove si preferisca trattenerli a disposizione, l'area di attesa loro destinata dovrà essere identificata al di fuori dei locali operativi del Pronto Soccorso.

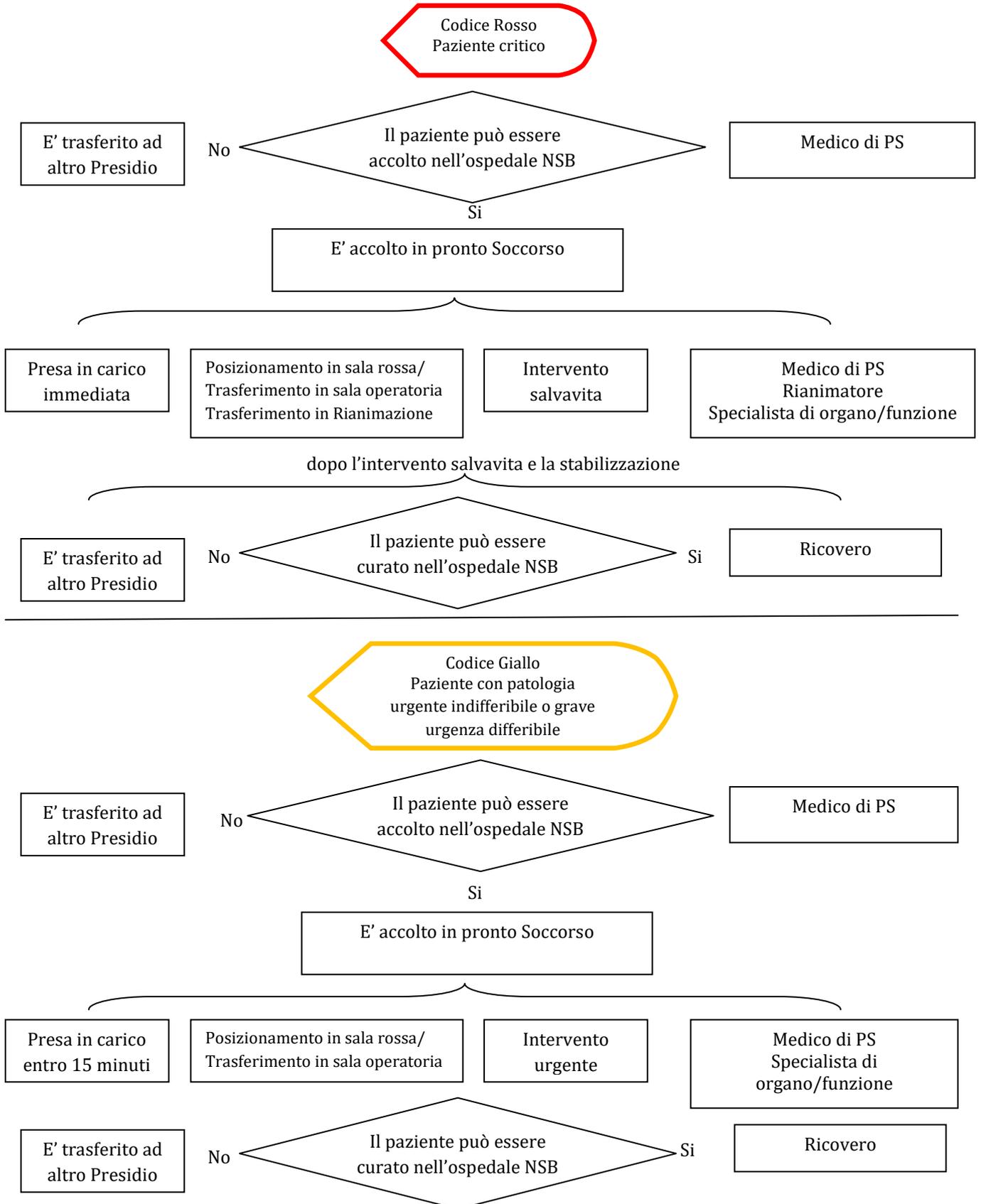
Aree ambulatoriali

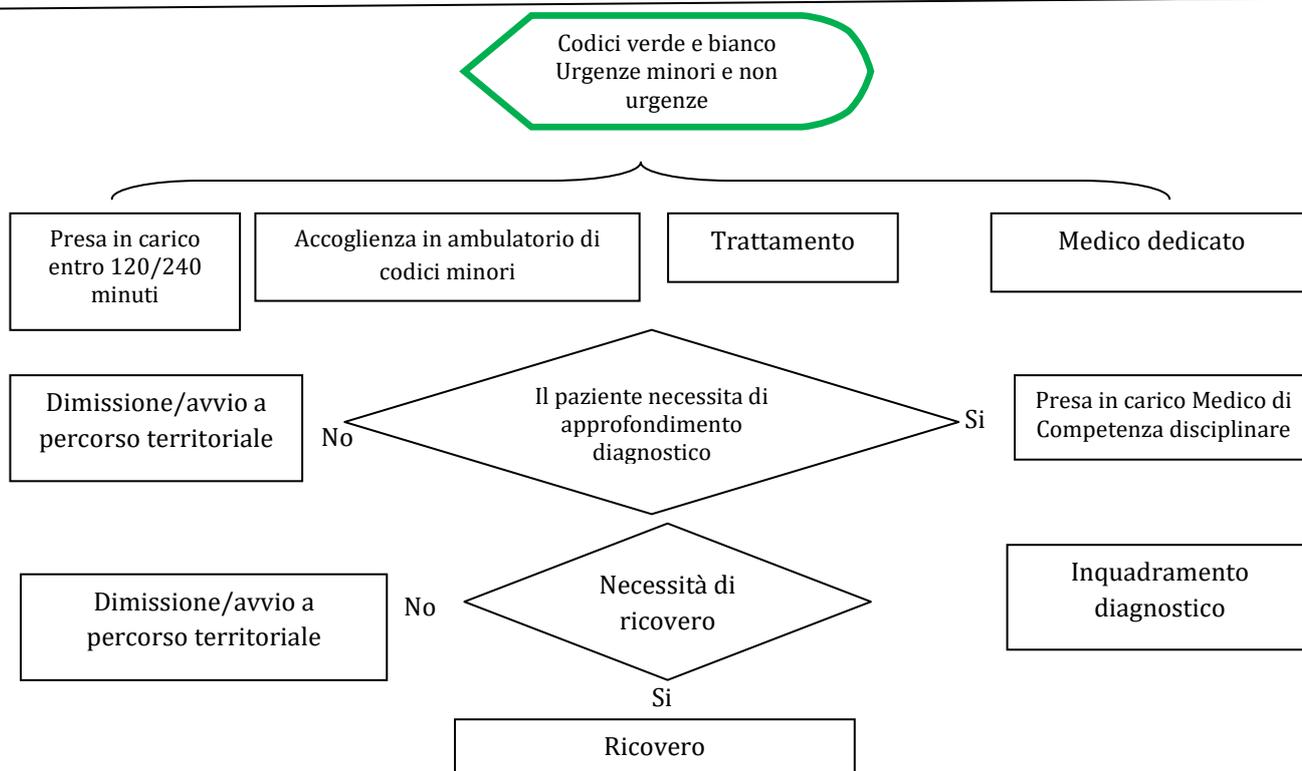
Va identificata un'area dedicata alla gestione dei pazienti di criticità intermedia esclusi i codici rossi. Le restanti aree di visita di Pronto Soccorso potranno essere utilizzate per la gestione di pazienti potenzialmente infetti, quindi è necessario mantenere un corretto distanziamento tra i pazienti.

Ricovero

I ricoveri nelle aree di degenza sono possibili h24 senza limitazioni di orario con attesa ridotta al minimo indispensabile. È necessario un coordinamento dei ricoveri da PS attraverso l'implementazione del bed management e della conoscenza diffusa del cruscotto dei posti letto.

11. Gestione del paziente in PS





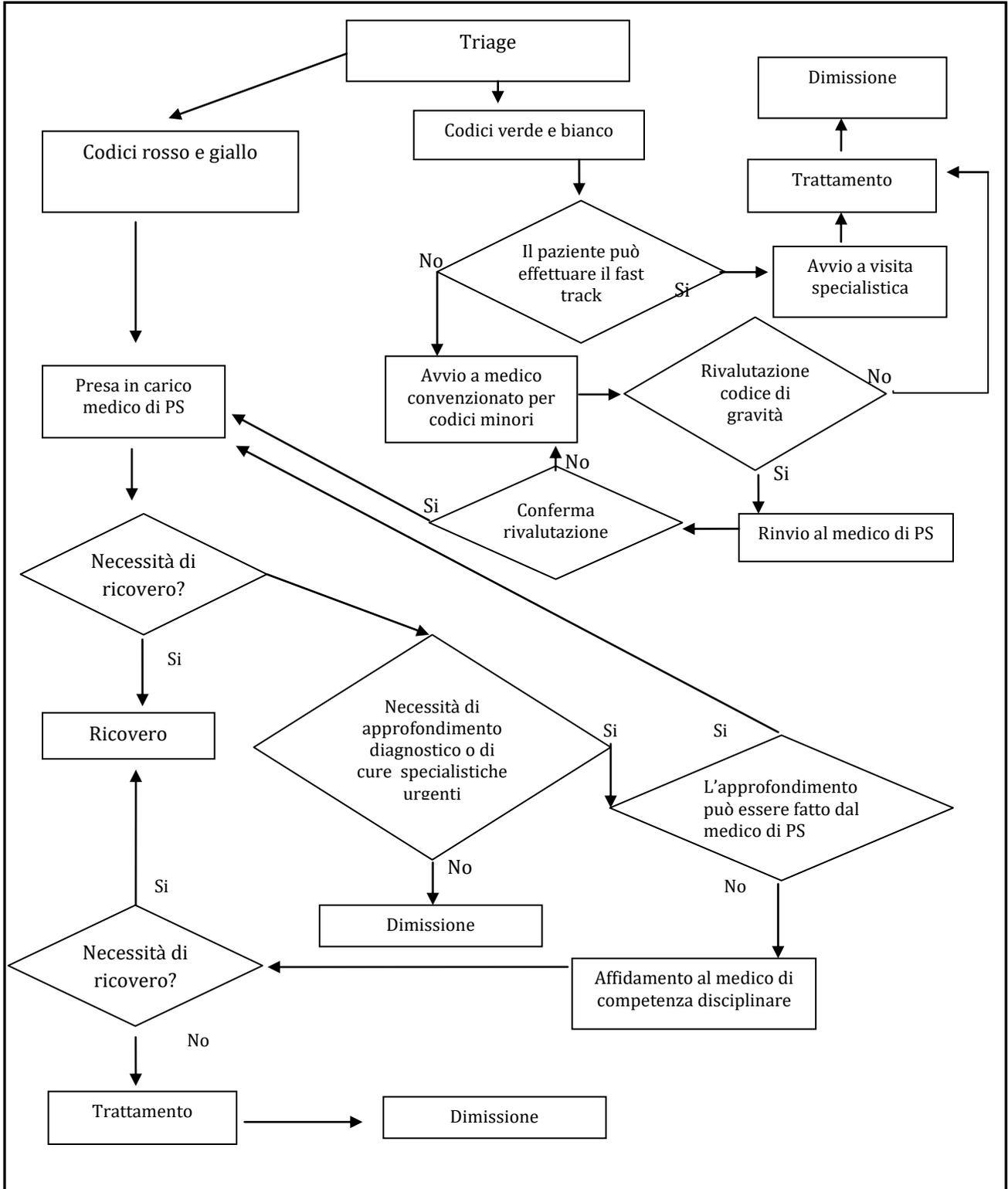
L'infermiere di triage che attribuisce il codice colore avvia quelli maggiori (rosso e giallo) al medico di PS, che li prende in carico, e i minori (bianco e verde) al medico dedicato che li prende in carico per il trattamento. Se i pazienti con codice bianco o verde possono essere gestiti in regime fast-track l'infermiere (di triage o altro infermiere) li avvia allo specialista di riferimento.

Il medico dei codici minori quando ritenga che un codice verde sia in realtà giallo ne propone la rivalutazione al medico di PS che conferma o meno il codice attribuito al triage. In caso di conferma lo lascia al medico dei codici minori, in caso di rivalutazione lo prende in carico. La valutazione del medico di PS è insindacabile.

Quando esistono i criteri che giustificano un ricovero urgente il medico di PS procede all'ospedalizzazione senza ulteriori indagini diagnostiche che potrebbero configurare una perdita di tempo prezioso.

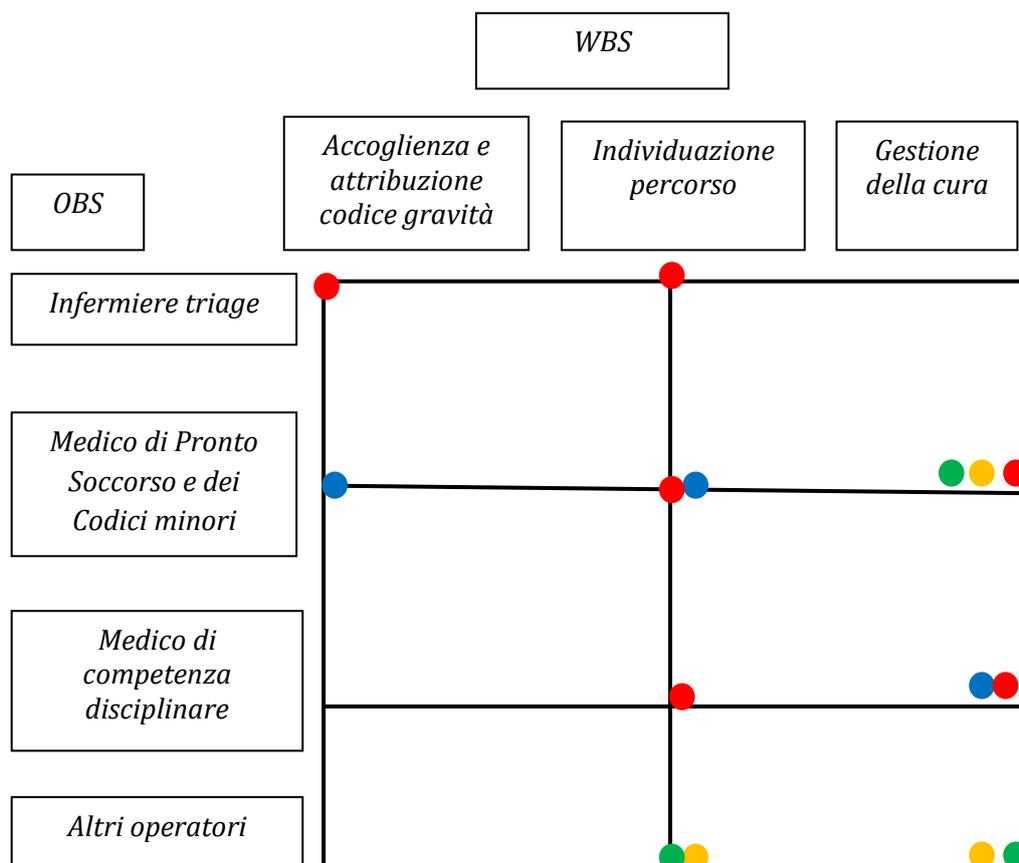
Quando il ricovero non è strettamente necessario ma si rendono indispensabili ulteriori accertamenti (anche ai fini di un eventuale ricovero) o si debbano effettuare prestazioni specialistiche urgenti finalizzate alla cura, il medico di PS avvia il caso allo specialista di competenza che effettua gli accertamenti e/o i provvedimenti necessari **non come consulente ma come medico d'urgenza operando sulla piattaforma PSweb**. Acquisisce le consulenze ritenute necessarie (laboratorio, radiologia, ecc) e pianifica il successivo percorso in ospedale, con l'eventuale ricovero, o nel territorio con la dimissione del paziente.

12. Diagramma del flusso della presa in carico della cura del paziente nella fase attuale



13. Matrice delle responsabilità RACI del processo di Gestione del Paziente

- Responsabile dell'esecuzione ●
 Responsabile del processo ●
 Persona che deve essere consultata ●
 Persona che deve essere informata ●



14. Lista di distribuzione

La presente procedura è distribuita ai seguenti operatori della ASL

1. Medici di Pronto Soccorso e medici dei codici minori
2. Medici operanti in ospedale
3. Infermieri del Pronto Soccorso
4. Coordinatori dei reparti ospedalieri