

Perché ripensare l'organizzazione del PS?

- Per ricercare nuove soluzioni per affrontare le problematiche delle lunghe attese.
- Per assicurare maggiore attenzione alle persone con fragilità.

Mediamente, il **75% del tempo speso da un paziente in PS è un tempo di attesa**, del quale buona parte dopo il triage, ma anche dopo l'inizio del percorso assistenziale con la visita medica, il paziente trascorre altre attese, più o meno lunghe: per l'esecuzione degli esami diagnostici di laboratorio o strumentali e la loro risposta, per le consulenze, per la rivalutazione finale da parte del medico del PS. Altre attese si verificano, una volta deciso il ricovero, per il posto letto in reparto o, in caso di dimissione, per l'uscita dal PS, sia per l'attesa del mezzo di trasporto, sia, quando prevista, per l'organizzazione della continuità delle cure sul territorio.

Il nuovo modello di organizzazione del Pronto soccorso

Nel nuovo modello l'organizzazione del PS è stata ridisegnata a partire dalla funzione di triage che non si limiterà a "mettere in fila" i pazienti per essere visitati dal medico dando priorità alle situazioni a maggiore gravità, ma orienterà da subito i pazienti verso i percorsi di cura interni al PS. Diversamente dall'attuale PS, organizzato per codice di priorità, **nel nuovo modello il paziente viene accolto in base al suo bisogno clinico ed alla complessità assistenziale**, grazie alla individuazione a partire dal triage del percorso più appropriato in base alle caratteristiche clinico-assistenziali del paziente ed al potenziale assorbimento di risorse.

Il nuovo triage utilizza **codici numerici con una numerazione crescente al decrescere della priorità** in base alla valutazione del rischio evolutivo, dei bisogni assistenziali e dell'impegno di risorse stimato per il trattamento. I pazienti valutati con codice 1 vengono assegnati all'area ad alta complessità clinico-assistenziale, i pazienti valutati con codice 2 e 3 all'area a complessità clinico-assistenziale intermedia e quelli con codice 4 e 5 all'area a bassa complessità clinico-assistenziale.

I nuovi codici di Triage (vedi tabella tra i Documenti)

- Codice di priorità 1: emergenza - tempo massimo di attesa: immediato
- Codice di priorità 2: urgenza indifferibile - entro 15 minuti
- Codice di priorità 3: urgenza differibile - entro 60 minuti
- Codice di priorità 4: urgenza minore - entro 120 minuti
- Codice di priorità 5: non urgenza - entro 240 minuti

La scelta del percorso

Le attività all'interno del PS sono organizzate in modo da **avviare il paziente verso il percorso di cura più idoneo**, grazie ad una segmentazione dei flussi (streaming) che prevede l'inizio della fase clinico-assistenziale quanto più precocemente possibile.

La scelta del percorso appropriato avviene sulla base di una valutazione di più dimensioni: "condizioni cliniche e rischio evolutivo", "assorbimento di risorse", "bisogni assistenziali". Dalla combinazione di queste tre dimensioni valutative, il paziente può essere orientato verso un percorso a diversa complessità clinico assistenziale. La gestione per percorsi è considerata nella letteratura internazionale un modello efficace per rispondere in maniera tempestiva all'individuazione delle risposte più appropriate.

Questo contribuisce inoltre all'efficienza organizzativa, poiché ad aree diverse del percorso clinico-assistenziale corrispondono differenti esigenze in termini di risorse e di assistenza con possibilità di modulare le risorse tecnologiche e professionali.

Il Team di Valutazione Rapida

Sul modello di diverse esperienze internazionali, nei PS di maggiore dimensione viene inoltre introdotto, come ulteriore potenziamento della fase di assegnazione del percorso corretto, il Team di Valutazione Rapida (TVR), con il compito di un inquadramento rapido ed una valutazione medico-

infermieristica per alcune tipologie di percorsi a complessità intermedia, in modo da facilitarne e sveltrirne il transito, ad esempio un anziano con frattura di femore che può essere rapidamente avviato al ricovero.

Linee di attività e percorsi specifici

All'interno di ogni PS vengono individuate **tre linee di attività**:

- linea di attività ad alta complessità
- linea di attività a complessità intermedia
- linea di attività a bassa complessità articolata in:
 - codici minori (con medico)
 - see & treat (a gestione infermieristica con supervisione medica)
 - fast track (invio diretto dal triage alla gestione specialistica)

Inoltre per la complessità intermedia e bassa sono previsti **percorsi specifici per i pazienti con bisogni particolari**:

1. Percorso pediatrico
2. Percorso ostetrico-ginecologico
3. Percorso paziente con agitazione psico-motoria
4. Percorso paziente con disabilità complessa
5. Percorso vittime di violenza (da attivarsi anche nei casi sospetti)
6. Percorso malato infettivo (da attivarsi anche nei casi sospetti).

Come si arriverà alla nuova organizzazione del PS

"Il PS è un servizio estremamente mutevole - dicono gli esperti che hanno lavorato alla nuova organizzazione - Cambiando il numero e la tipologia dei pazienti che vi accedono, rapidamente cambiano le esigenze a cui deve rispondere, e questo richiede adattamenti anche nell'arco di poche ore. Pertanto la configurazione delle diverse aree del PS deve modificarsi in relazione ai volumi di lavoro e di pazienti, anche prevedendone l'espandibilità per la gestione dei picchi stagionali".

"Per favorire la fluidità dei percorsi interni al PS - spiegano ancora - è necessaria una **visione unitaria del percorso del paziente basata sulla direzionalità**: ogni spostamento del paziente che accede al PS deve essere finalizzato a farlo muovere verso la sua destinazione, con una progressione sia clinica che fisica basata sulla logica della "marcia avanti". Per la modulazione del dimensionamento delle linee di attività è prevista una funzione H24 di gestione operativa, che assicurerà la redistribuzione delle risorse professionali e delle postazioni tra le diverse linee in relazione alla domanda sulla base di criteri decisionali predefiniti".

Sono stati individuati nuovi standard informativi necessari all'applicazione del nuovo modello, che verranno assicurati grazie ad un nuovo software gestionale uguale per tutti i PS della Toscana, per la cui acquisizione è già pubblicato il bando di gara e che sarà disponibile tra un anno. Da gennaio sarà comunque possibile avviare l'implementazione del nuovo modello, attraverso l'inserimento dei nuovi algoritmi di triage negli attuali applicativi.

Per la predisposizione delle linee guida, la Regione ha adottato una modalità di lavoro innovativa, che ha consentito di ottenere **contributi di un numero consistente di esperti**, ottimizzando i tempi di lavoro. Si è lavorato per buona parte con strumenti on-line, riducendo le riunioni e gli incontri allo stretto necessario. Il gruppo di lavoro, composto da professionisti delle Aziende sanitarie, ha operato sulla base dell'analisi della letteratura e delle principali esperienze esistenti, nonché del documento di aggiornamento delle linee guida nazionali, anche mediante un modello di consensus on line ed una approvazione finale con una conferenza di consenso.

Il programma della Regione prevede un **corposo intervento formativo, che interesserà tutto il personale di tutti i PS**, al quale hanno lavorato in questi mesi i tecnici dell'Assessorato e professionisti delle Aziende sanitarie, che si svilupperà nell'arco di tre anni e che prevederà un

ricorso importante all'e-learning e alla simulazione.