MEDICINA E ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Strutture dell'Emergenza Urgenza: se le conosci le eviti? Il buon uso

Anna Milanesi

UTE

Novate Mil.se, 1 marzo – 12 aprile 2018

EMERGENZA INTRAOSPEDIALIERA

Il Dipartimento di Emergenza e il Pronto Soccorso

DEA I livello comprende:

Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

Osservazione Breve Intensiva che può essere dotato di letti a medio-alta intensità di cure e di assistenza con durata della degenza non superiore a 72 ore in ragione di almeno 2 letti ogni 10.000 accessi

Oltre a quanto richiesto per il PS, l'ospedale deve garantire 24 h/24:

- Attività di diagnostica per immagini, dedicata
- Attività di ortopedia-traumatologia
- Attività di ostetricia-ginecologia
- Attività pediatrica
- Terapia intensiva generale
- Attività cardiologica con UTIC o degenza a livello subintensivo
- Endoscopia digestiva

DEA II livello comprende:

deve essere dotato di tutte le Strutture Complesse previste per il DEA di I° Livello.

Inoltre devono essere garantite:
Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillofacciale, Chirurgia plastica, Emodinamica interventistica, Endoscopia digestiva di III° livello, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale. Devono inoltre essere presenti H24 i Servizi di Radiologia con TAC, Ecografia e Risonanza Magnetica, Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale

Alcune funzioni di alta complessità e di basso impatto epidemiologico vengono svolte in un unico Centro Regionale (Centro Grandi ustionati, Centro antiveleni) o in Centri Regionali di numero limitato (Chirurgia Pediatrica, Unità Spinale, Chirurgia del reimpianto di arti): per queste patologie devono essere previste forme di Telemedicina e Teleconsulto.

Pronto Soccorso

deve garantire 24 h/24:

- Attività di chirurgia generale
- Attività di medicina interna
- Attività di diagnostica di laboratorio
- Attività di diagnostica per immagini
- Attività trasfusionale
- Assistenza farmaceutica
- Attività di Anestesia e Rianimazione

I requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi sono indicati nel D.P.R. 14 gennaio 1997 (D.P.R. 14 gennaio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province Autonome in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. G.U. 20 febbraio 1997, supplemento ordinario al n. 42).

Il Pronto Soccorso

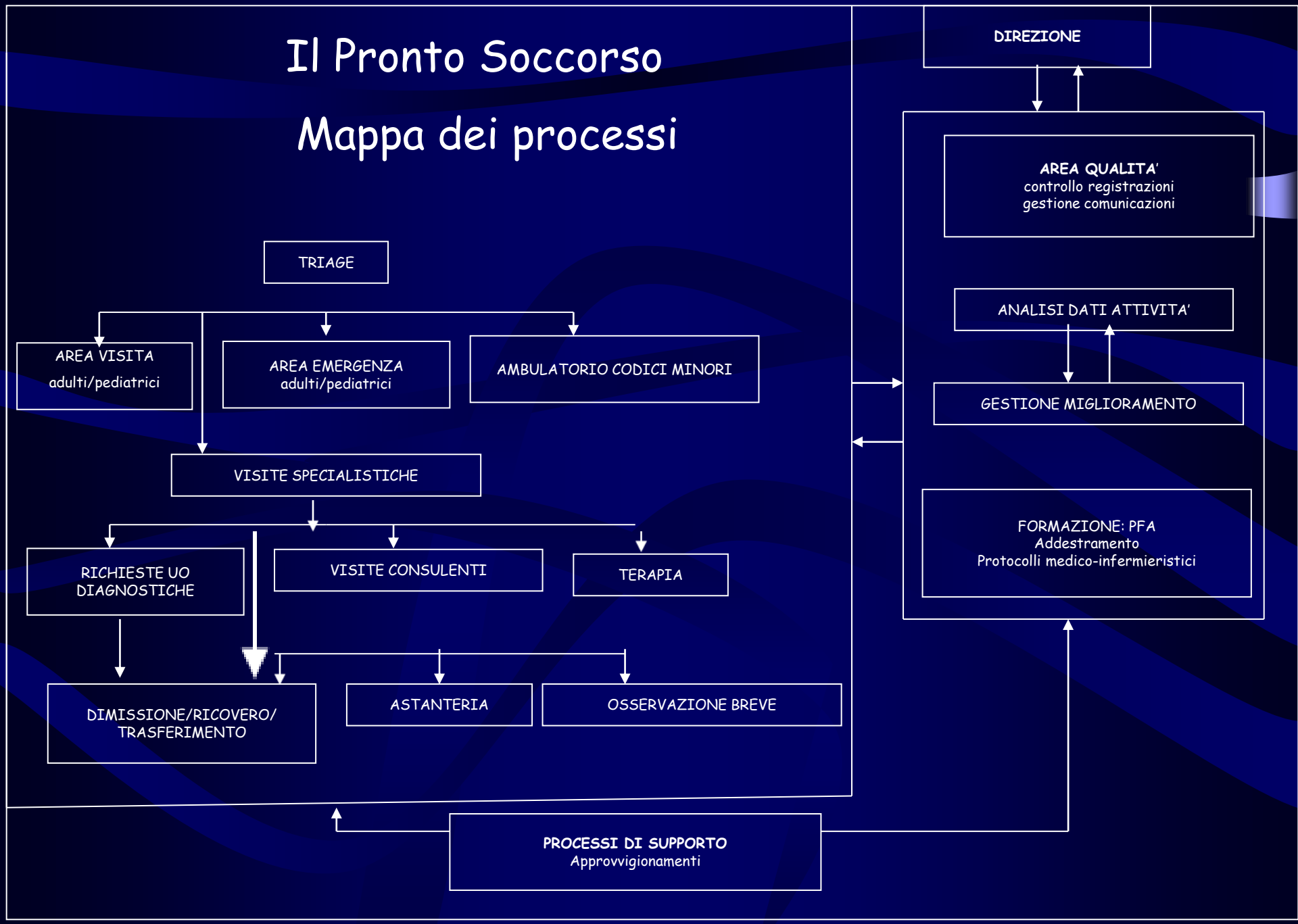
Promptus = predisposto, facile, a disposizione (vocabolario lingua latina, Castiglioni-Mariotti)

MISSION DEL PRONTO SOCCORSO
"... garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato per problematiche di urgenza e di emergenza".

MISSION DEL MEDICO DELL'URGENZA
Compito del medico di Pronto Soccorso è ESCLUDERE patologie acute e gravi che mettano a repentaglio la vita dei pazienti.

Il Pronto Soccorso

Mappa dei processi



Il Pronto Soccorso - L'AREA TRIAGE

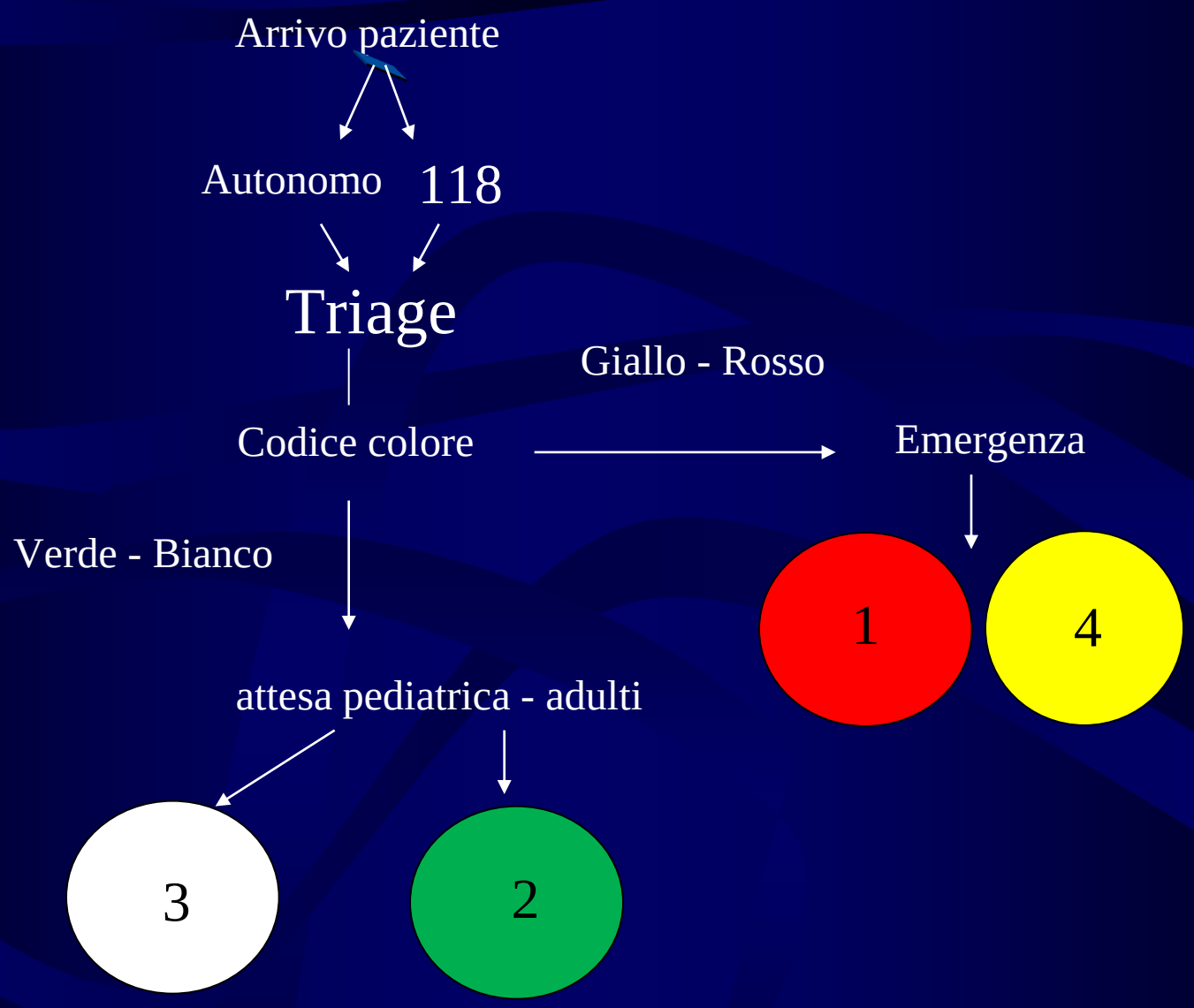
Al Pronto Soccorso arrivano malati con mezzi propri, inviati dal 118, dal Servizio di Guardia Medica o dai Medici di famiglia. E' previsto con duplice percorso, uno per i pedoni e uno per gli automezzi, che arrivano nella "camera calda". All'uscita dalla 'camera calda', c'è l'area di sosta tecnica ambulanze.

Il triage è il primo contatto sanitario che il soggetto (barellato, deambulante, pediatrico, autosufficiente o no) ha con l'organizzazione. Gli infermieri addetti al Triage assegnano il codice di accesso e la sala visita specialistica in base all'età anagrafica (percorso pediatrico separato) e ai sintomi dichiarati, dopo rilevazione di parametri vitali ed eventuale esecuzione di ECG, EGA, DTX. Sono individuati spazi di isolamento/attesa in caso di malattia contagiosa.

Ai fini della corretta identificazione viene consegnato ai pazienti un braccialetto che riporta dati anagrafici, numero di verbale di Pronto Soccorso e codice a barre.

L'area attesa deve essere ampia, con servizio di sicurezza.

FLUSSI OPERATIVI: il triage



Il Pronto Soccorso - L'AREA EMERGENZA

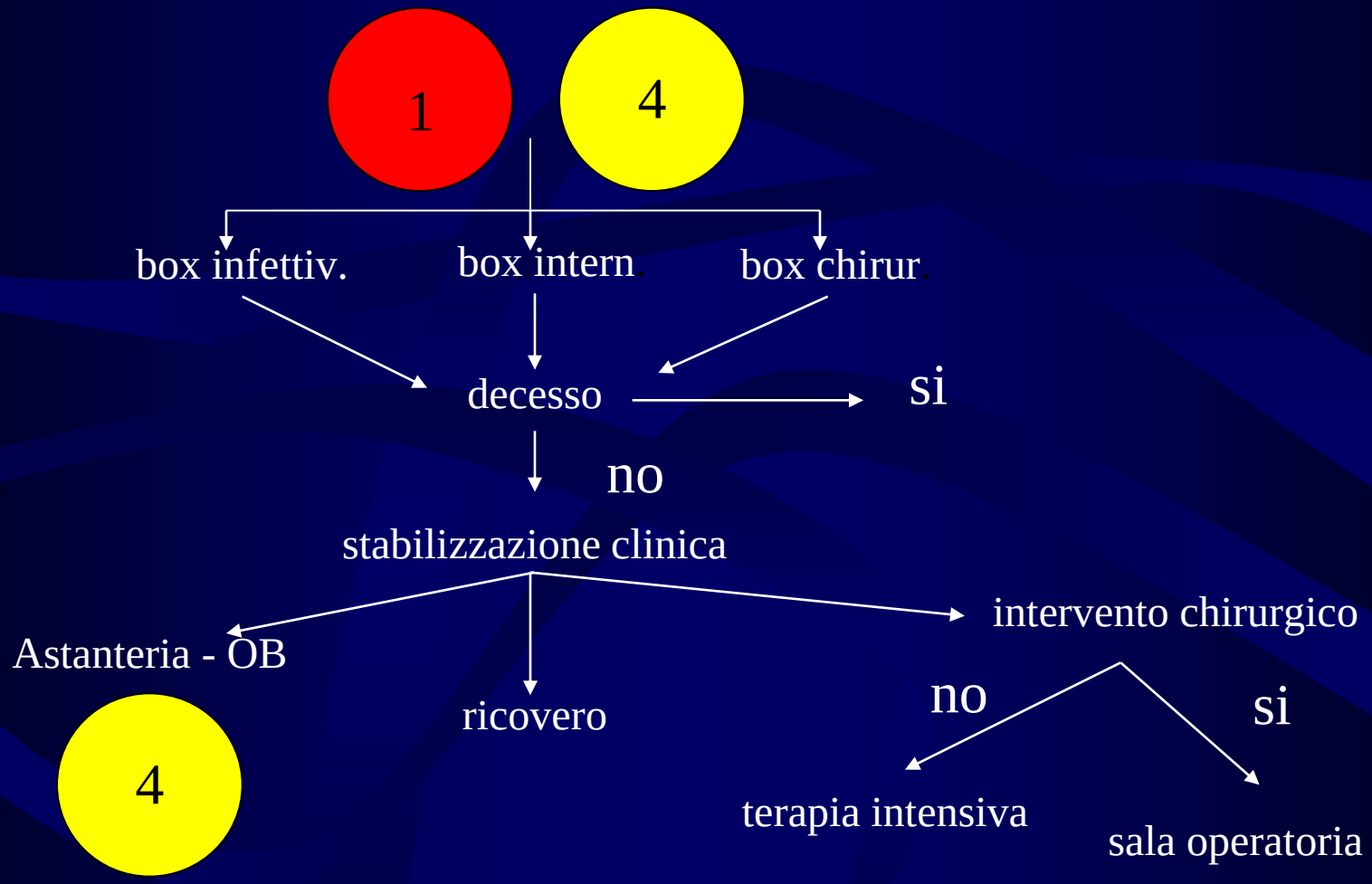
Il paziente in immediato pericolo di vita ha accesso IMMEDIATO ad un area attrezzata: lampada scialitica, sostegni pensili per cavi monitoraggio, elettrocardiografo, apparecchio radiologico, monitor-defibrillatore, ventilatore, ecografo multidisciplinare, sistema per NIMV sia nella modalità CPAP che BiLevel, set intubazione, ambu, maschere facciali, impianto di aspirazione, gas medicali.

Sono previste almeno 2 postazioni per oltre 40.000 accessi/anno

Per i pazienti con potenziale evoluzione della condizione clinica vanno previste altre due postazioni simili (prevedendo anche il crowding).

Le postazioni devono prevedere spazio per un team multidisciplinare (fino a 3 Medici e 4 infermieri)

FLUSSI OPERATIVI: l'area emergenza



Il Pronto Soccorso - L'AREA VISITA

Area con box/sale visita multipli attrezzati singolarmente con ambu, maschere facciali, impianto di aspirazione, gas medicali, monitor/defibrillatore, elettrocardiografo, in cui si svolge la valutazione e il trattamento iniziale dei pazienti con codice giallo e verde.

Codici Minori e Fast Track
Area destinata alla valutazione e al trattamento di pazienti con problematiche minori o specialistiche (laddove sono presenti percorsi di fast-track specialistico: ORL, Oculista, Urologo) che saranno pertanto non barellati e si prevede che abbiano necessità di singole prestazioni.

FLUSSI OPERATIVI: l'area visita

Il Pronto Soccorso

L'AREA "ASTANTERIA"

Area di stazionamento dei pazienti che devono completare il percorso diagnostico e/o terapeutico e quindi sono ancora in fase di "processo" (4-6 ore) e che necessitano di assistenza infermieristica e di assistenza alla persona.

Inoltre in quest'area potrebbero trovare collocazione i "boarders", cioè quei pazienti che, pur avendo completato il percorso diagnostico/terapeutico con indicazione di ricovero in regime d'urgenza, non riescono a trovare posto letto a causa del sovraffollamento dei reparti ospedalieri.

I pazienti "destinati" al ricovero, ma costretti a rimanere in Pronto Soccorso per tempi talora molto lunghi, a causa della mancanza di posti letto, assorbono una notevole quantità di risorse (umane e di tempo) che vengono sottratte alla loro funzione istituzionale (assistenza dei nuovi pazienti che si presentano). Tali risorse DOVREBBERO essere adeguatamente integrate oppure BISOGNA prevedere dei protocolli operativi mirati.

Il Pronto Soccorso - L'AREA OSSERVAZIONE BREVE

L'Osservazione Breve Intensiva ('intensiva' è riferita a meccanismi organizzativi) è riservata ai pazienti per i quali non è possibile prendere una decisione di esito (dimissione o ricovero) nell'arco delle prime 4-6 ore dall'arrivo in PS e che necessitano pertanto di un periodo più lungo di osservazione per il raggiungimento della massima appropriatezza possibile nei ricoveri e nelle dimissioni. E' collocata in uno spazio attiguo al PS cui è funzionalmente collegato.

Il paziente può rimanere in regime di osservazione (cioè senza DRG) fino ad un max di 36 h. Ogni 8-10 letti di OBI è necessario 1 infermiere.

Diversi studi indicano che il 5-10% dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso necessita di Osservazione Breve; la necessità è di 1 letto di OBI ogni 4000-8000 accessi in Pronto Soccorso, alcuni possono essere monitorati. La permanenza in OBI a cui non segue il ricovero è di norma nel 70-80% dei pazienti osservati.

Il Pronto Soccorso

LA DEGENZA della MEDICINA d'URGENZA

L'attività della "Medicina d'Urgenza" in regime di degenza non DOVREBBE superare le 72 ore (vedi anche l'Atto di Intesa Stato Regioni di Linee Guida per l'Emergenza sanitaria, pubblicato sulla G.U. 17 maggio 1996, in applicazione del D.P.R 27 marzo 1992),

Destinata a pazienti con problemi clinici di diversa complessità, anche traumatologici e tossicologici, il cui iter non è esauribile nelle ore a disposizione del Pronto Soccorso.

I posti letto per tale attività sono 2 ogni 10000 accessi di cui almeno 1/3 di alta intensità. Può essere organizzata in Degenza Breve (DB) o ad Alta Intensità (Semiintensiva) (AI).

Il Pronto Soccorso

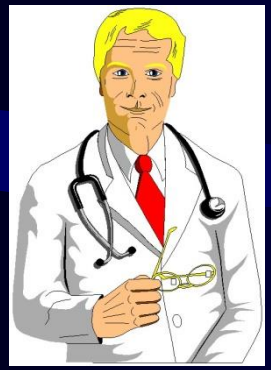
L'AREA AD ALTO ISOLAMENTO INFETTIVOLOGICO

Area attrezzata per far fronte all'afflusso di pazienti a seguito di incidente NBCR (nucleare, biologico, chimico, radiologico, infettivologico "non tradizionale").

Area attrezzata con prese per gas medicali, con vuoto per aspirazione, areazione a pressione negativa. Per la decontaminazione devono essere previsti box con docce e recupero delle acque reflue.

Devono essere dotate di dispositivi di protezione individuale (DPI), di tute/scafandro di isolamento e di tutte le dotazioni previste per il trasporto di materiale biologico contaminato.

E' di solito collocata all'esterno dell'area del Pronto Soccorso, con accesso separato, anche per il MSB o ad alto contenimento.



Caratteristiche degli operatori nel sistema d'emergenza urgenza ospedaliero

Molto si discute di dotazione di organici medici, in tempi di limitazione di risorse economiche (dal 2009 sono usciti dal SSN circa 5 mila medici, blocco del turn over, orari di lavoro in surplus non recuperabili, nuove leve utilizzate esclusivamente per coprire a basso costo i vuoti di organico, disagio organizzativo che si riflette sulla qualità dei servizi e sulla possibilità di errore, di cui oltretutto i medici, da vittime finiscono per diventare il capro espiatorio: malasanità non è causata dai professionisti, circa il 98% delle cause si risolve con un'assoluzione).

La dotazione ideale tiene conto delle caratteristiche dell'ED (Hub/Spoke), del numero di accessi/anno, della presenza di Medicina d'urgenza, di OB, di ambulatori codici minori, potendosi registrare un'estrema variabilità in rapporto alla gravità e alla complessità (non solo clinica) del paziente.

Caratteristiche degli operatori nel sistema d'emergenza urgenza ospedaliero

Per gli infermieri i criteri sembrano più rigorosi, anche se anche per gli infermieri valgono alcune considerazioni già fatte rispetto alle limitazioni economiche.

Oltre i 25.000 accessi:

- 2 triagisti H24 (tot = 12)
- 3 infermieri per turno nelle 24 ore (tot = 18)
- 1 infermiere 24/24 h per ogni 8-10 postazioni in OBI
- 1 infermiere dedicato h 24 all'area rossa per i DEA di 2° livello

Oltre i 25.000 accessi si incrementa di 3 Unità infermieristiche per ogni 10.000 accessi

Nei DEA di primo e secondo livello vanno inoltre considerati per l'area di degenza breve/alta intensità:

- 1 infermiere 24/24h ogni 8 letti di degenza breve
- 1 infermiere 24/24h ogni 4 letti di alta intensità

Caratteristiche degli operatori nel sistema d'emergenza urgenza ospedaliero

Non facilmente individuabile è il fabbisogno di Operatori Socio Sanitari (OSS), che comunque costituiscono una risorsa insostituibile nella presa in carico del paziente.

Le competenze previste per il personale OSS sono: assistere il paziente nella mobilità, nella preparazione e assunzione di cibi; assistere nell'igiene personale; eseguire semplici medicazioni o cambio delle stesse (protocollo assegnato); aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi elettromedicali di semplice uso (indicazione del personale sanitario); rilevare la pressione arteriosa, la temperatura corporea; assistere nelle escrezioni; controllare i caratteri fisiopatologici degli escreti.

Formazione degli operatori nel sistema d'emergenza urgenza ospedaliero

Competenze "generiche" del medico dell'ED:

- Triage pre-ospedaliero, ospedaliero ed in caso di incidente di massa
- Valutazione primaria (approccio ABCDE: Vie Aeree [A], Respiro [B], Circolo[C], Disabilità neurologica [D], Exposure/Environment [E]
- Anamnesi mirata e stabilizzazione situazioni minacciose per la vita
- Valutazione secondaria e tempestive decisioni cliniche, iter diagnostico
- Conoscenze scientifiche, coinvolgimento appropriato specialisti
- Comunicazione efficace con pazienti, familiari e care givers
- Risposta sanitaria e gestione organizzativa nelle maxiemergenze intra- ed extra-ospedaliere
- Comunicazione centrale operativa 118
- Documentazione clinica
- Management per ottimizzare risorse e applicare metodologia del Miglioramento Continuo della Qualità

Formazione degli operatori nel sistema d'emergenza urgenza ospedaliero

Competenze "specifiche" del medico dell'ED:

- BLS-D
- ALS/ACLS
- ATLS
- ECG in emergenza/urgenza: esecuzione ed interpretazione
- Emogasanalisi arteriosa: esecuzione ed interpretazione
- Interpretazione radiologica
- Gestione appropriatezza di utilizzo tecnica ecografica
- Isolamento del paziente e protezione dello staff
- PDTA Aziendali
- Linee guida nazionali ed internazionali (UpToDate)
- ASPETTI MEDICO LEGALI e RELAZIONALI

Formazione degli operatori nel sistema d'emergenza urgenza ospedaliero

Competenze dell'infermiere:

- Retraining di BLSD, PBLS e PTC/PHTLS, ICLS
- TRIAGE: specifico corso teorico di preparazione e periodo di affiancamento a tutor esperto
- Triage Pediatrico: accesso del paziente pediatrico tenendo conto delle peculiarità di segni e sintomi di neonato, lattante e bambino
- Corsi di formazione per la gestione della relazione "difficile" e dello stress
- Corso di formazione sulla gestione delle vie aeree ventilazione assistita (C-PAP)
- Corso di formazione sugli accessi venosi difficili eco-guidati
- ASPETTI MEDICO LEGALI e RELAZIONALI

La Qualità nel sistema d'emergenza urgenza

Nell'ED è fondamentale la standardizzazione della pratica medica, tenuto conto dell'alto numero di operatori, dell'eterogeneità dell'attività svolta e delle risorse disponibili

E' necessario condividere il percorso nell'ED e con le altre UU.OO.

E' necessaria la formazione per creare e aggiornare nuovi protocolli.

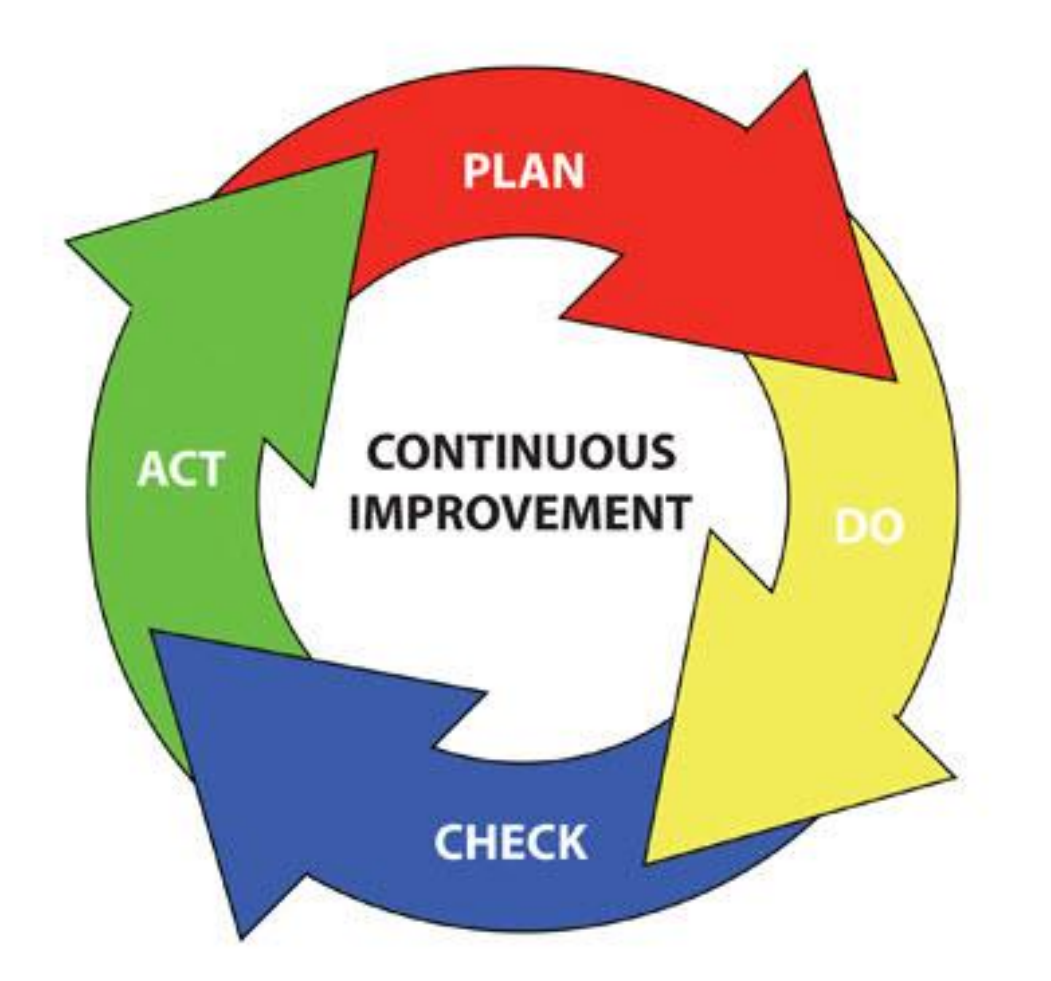
Deve essere definita la modalità di rilevazione dei dati e di attuazione dei controlli per il miglioramento continuo.

La Qualità nel sistema d'emergenza urgenza

Il miglioramento

Il ciclo di Deming (PDCA)

plan–do–check–act



La Qualità nel sistema d'emergenza urgenza

Qualità del lavoro di ogni persona

Qualità del posto di lavoro

Qualità delle prestazioni

Qualità dell'organizzazione

Qualità dell'immagine

Qualità dei rapporti interpersonali

La Qualità nel sistema d'emergenza urgenza

Il futuro

Il risparmio delle risorse ed il contenimento dei costi non tiene conto del costo della qualità.

Quanto vale la qualità in sanità? Qual è il limite tra ciò che è e ciò che si vorrebbe fosse, che consente ad una struttura di rimanere "attraente" per il cliente?

Poiché, se è corretto l'assunto:

"Assumete le persone migliori, date loro la migliore formazione e retribuzione che potete e vi garantiranno l'elevato livello di efficienza e di servizio che si traduce in profitti"

è anche vero che è necessario supportare l'attività degli operatori di qualità.

Eterogeneità territoriali del Sistema Sanitario Nazionale: equità allocativa e livelli di soddisfazione

Istat/Rapporto annuale 2015

..... qualità percepita dai cittadini

La prospettiva del paziente ....per la valutazione della qualità di cura, ... consente di considerare aspetti dell'attività assistenziale altrimenti non valutabili, quali la comunicazione, la trasparenza, la condivisione sulle decisioni terapeutiche e il rispetto per la dignità della persona.

Per rispondere a tale obiettivo, è stato considerato il livello di soddisfazione complessivo dei cittadini per il servizio sanitario pubblico e quello specifico per le prestazioni erogate nell'ambito di strutture sia pubbliche sia accreditate, nonché l'eventuale rinuncia a prestazioni sanitarie erogabili dal Ssn per motivi economici o connessi all'offerta (liste di attesa troppo lunghe, scomodità per raggiungere la struttura oppure orari scomodi per la fruizione della prestazione).

Eterogeneità territoriali del Sistema Sanitario Nazionale: equità allocativa e livelli di soddisfazione

Istat/Rapporto annuale 2015

Eterogeneità territoriali del Sistema Sanitario Nazionale: equità allocativa e livelli di soddisfazione

Istat/Rapporto annuale 2015

Nel Nord aumenta la quota dei cittadini che ritiene molto soddisfacente l'attività del servizio sanitario pubblico: quasi il 30% si dichiara molto soddisfatto (con punteggi da 8 a 10). Al Sud la quota non raggiunge il 10%.

Nel tempo i giudizi si sono polarizzati, con l'aumento complessivo dei molto soddisfatti al Nord e dei molto insoddisfatti, soprattutto nel Sud.

Eterogeneità territoriali del Sistema Sanitario Nazionale: equità allocativa e livelli di soddisfazione

Istat/Rapporto annuale 2015

Il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie (foregone care) .... rivela una domanda di assistenza alla quale il sistema non riesce a dare adeguata risposta. Il 9,5% della popolazione non ha potuto fruire di prestazioni ... dal SSN per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta.

"Cominciate col fare ciò che è necessario, poi ciò che è possibile. E all'improvviso vi sorprenderete a fare l'impossibile"

San Francesco d'Assisi

grazie per l'attenzione

Occorre sempre un po' di caos,

perché possa nascere una stella danzante.

F.Nietzche

Bibliografia

1. Dati SIMEU
2. Dati ISTAT
3. Il modello HUB & SPOKE-L'ospedale organizzato per intensità delle cure - L.Lavazza, 12 marzo 2008, Arezzo
4. https://www.areu.lombardia.it/
5. 'Atto di Intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema dell'emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992' G.U. Repubblica Italiana n. 114 del 17 maggio 1996
6. Accordo Stato - Regioni del 25 ottobre 2001 G.U. 7 dicembre 2001 n.285
7. DPCM 29 novembre 2001 "Livelli Essenziali di Assistenza".
8. Intesa Stato regioni del 23 marzo 2005, patto per la salute 2010-2012
9. Atti 2011 Commissione Sanità Senato "Indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle retidi emergenza e urgenza"
10. DPR 14.01.1997 e successive disposizioni regionali (Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 Legge 135/2012)
11. patto per la salute 2014-2016
12. DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera MINISTERO DELLA SALUTE(GU n.127 del 4-6-2015) Vigente al: 19-6-2015
13. Emergency Department Design - A Practical Guide To Planning For The Future, ACEP, 2002 McKay JI.
14. Emergency Department Crowding: High Impact Solutions. ACEP Task Force on Boarding, Vicellio P, Bukata R, Welch SJ et al Whitepaper, accessed June 19, 2008.