

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
C R O T O N E

Delibera n° 099

ORIGINALE

OGGETTO: Approvazione e adozione Protocollo di Gestione di massimo afflusso di pazienti in Pronto Soccorso.

In data 16 MAR. 2012, nella Sede dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone, Via Mario Nicoletta Angolo Via G. Di Vittorio;
Su conforme proposta del Responsabile del Procedimento, sig. Gaetano Castagnino Collaboratore Amministrativo Professionale, nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal Direttore dell'U.O. di Medicina Legale;

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che L'importanza di ricorrere ad un efficace processo di valutazione dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso, deriva dalla necessità di razionalizzare ed ottimizzare l'intervento medico e di disporre di un sistema, sufficientemente flessibile, in grado di rendere ed assicurare una adeguata selezione dei pazienti in attesa, in relazione all'urgenza dell'assistenza necessaria;

ATTESO che "Il Pronto Soccorso rappresenta la "prima linea" nel trattamento delle emergenze -urgenze;

OSSERVATO che il Pronto Soccorso di Crotone si trova ad operare periodicamente con flussi elevati ed irregolari (turismo stagionale, fiere, manifestazioni, epidemie etc.) e che in tali circostanze deve, comunque, poter garantire la sua funzione proporzionalmente alle necessità;

VALUTATO che, pertanto, non è un'evenienza rara che il Pronto Soccorso si trovi, a seguito di un iperafflusso, a dover improvvisamente trattare con un gran numero di pazienti, con la possibile conseguente inadeguatezza di servizi calibrati per lo svolgimento del normale carico di lavoro delle urgenze;

CHE La predisposizione di tutta la catena di interventi da attuare all'interno del PS è di esclusiva pertinenza del personale sanitario che deve consentire:

- l'accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti con attribuzione di codice di gravità (triage);
- la presa in carico, attivazione dell'iter diagnostico-terapeutico - adeguate alla gravità delle patologie - e il conseguente smistamento dei pazienti al reparto di pertinenza o la loro dimissione con eventuale prescrizione;

ATTESO che la miglior risposta sanitaria ed assistenziale deve partire da una pianificazione preventiva tipica della medicina di "dottrina", garantendo compiti ed essenzialità caratteristici della medicina di emergenza;

RAVVISATA, pertanto, la necessità di dover rendere operativo un protocollo di gestione di massimo afflusso di pazienti in Pronto Soccorso;

CHE il protocollo di gestione di massimo afflusso di pazienti in Pronto Soccorso ha lo scopo di fornire la migliore risposta sanitaria possibile quando le risorse sono insufficienti rispetto alle necessità dell'evento;

PRESO ATTO che è tra gli obiettivi aziendali il miglioramento della qualità, l'efficienza e l'efficacia del servizio offerto, nell'ambito delle funzioni di accoglienza dei pazienti e trattamento delle urgenze sanitarie;

LETTE le linee guida sull'emergenza n. 1/1996 (pubblicate sulla G.U. n. 114 del 17 maggio 1996) recanti l'atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992";

LETTO l'Atto di intesa tra Stato e Regioni pubblicato sulla G.U. n. 285 del 7 dicembre 2011;

LETTE le linee guida per progetti di sperimentazioni inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale", del Ministero della Salute;

VISTA la Legge 833/78, il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i, il D.lgs 229/99;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale, i Piani Sanitari Regionali nonché l'Atto Aziendale in vigore;

DELIBERA

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

1) Approvare ed attuare nell'ASP di Crotone il "protocollo di gestione di massimo afflusso di pazienti in Pronto Soccorso" redatto dall'U.O. Pronto Soccorso e dal NARC (Nucleo Aziendale Rischio Clinico), che allegato al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale;

2) Adottare il modello organizzativo ivi previsto;

3) Trasmettere copia del "protocollo di gestione di massimo afflusso di pazienti in Pronto Soccorso":

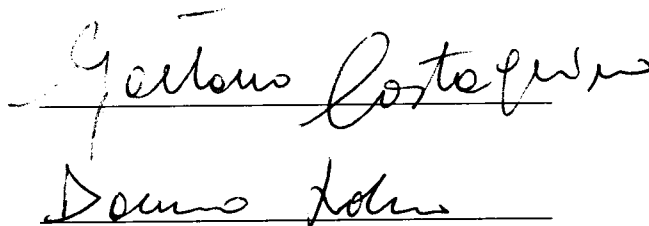
a) Al Direttore Sanitario di Presidio, per gli ulteriori adempimenti;

b) Ai Dipartimenti di: Medicina, Chirurgia, Servizi, Materno Infantile;

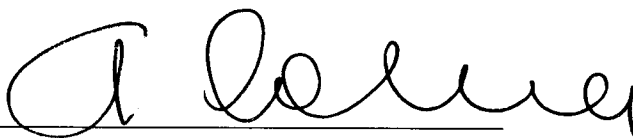
c) Alla Regione Calabria – Dipartimento Tutela della Salute;

Il Responsabile del Procedimento
Sig. Gaetano CASTAGNINO

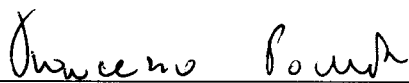
Il Direttore dell'U.O. di Medicina Legale
Dott. Domenico TEDESCO



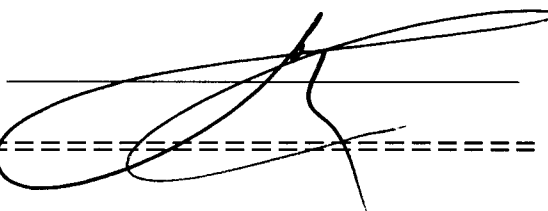
Il Direttore Amministrativo
Dott. Giovanni COZZA



Il Direttore Sanitario
Dott. Francesco PARAVATI



Il Direttore Generale
Prof. Rocco Antonio NOSTRO



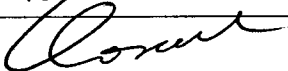
=====

UFFICIO AFFARI GENERALI
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio
dell'Azienda il 19 MAR. 2012 con Protocollo della Segreteria
Generale n. **031**.....e ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

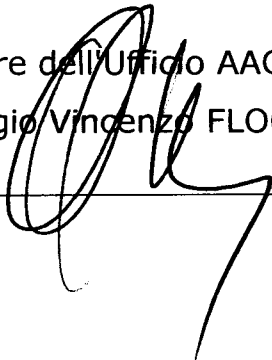
Il Responsabile del Procedimento

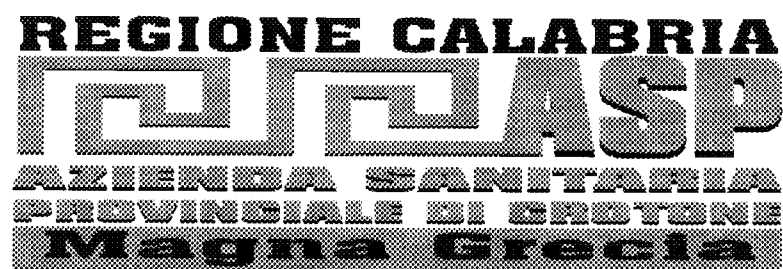
Valter Cosentino



Il Direttore dell'Ufficio AAGG

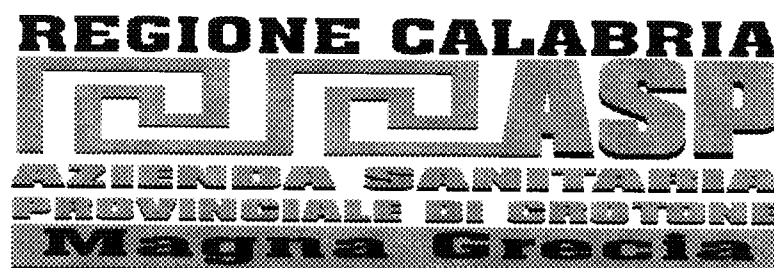
Sig. Giorgio Vincenzo FLOCCARI





PROTOCOLLO DI GESTIONE DI MASSIMO AFFLUSSO DI PAZIENTI IN PRONTO SOCCORSO

REV	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
0	27/02/2012	UO Pronto Soccorso Rischio Clinico	Direttore Sanitario P.O.	Direttore Generale Direttore Sanitario



1. SCOPO

Il presente protocollo, concordato tra il Dipartimento dell'Area dell'Emergenza e Accettazione e della Direzione Sanitaria di PO, ha lo scopo di individuare i criteri di accesso e le modalità di ricovero nel caso di grandi afflussi in Ospedale.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE E RIFERIMENTI NORMATIVI

Iperafflusso di pazienti in Pronto Soccorso si può verificare in occasione di epidemie influenzali oppure nei casi di sovraffollamento estivo.

Il PO di Crotone è in grado di governare i flussi attraverso le attività del Pronto Soccorso impedendo il permanere dei pazienti in una situazione non consona e/o prolungata e garantendo i suoi bisogni di cura e assistenza. Migliorare la funzionalità del PS significa quindi riorganizzare non solo il PS ma anche i flussi ospedalieri.

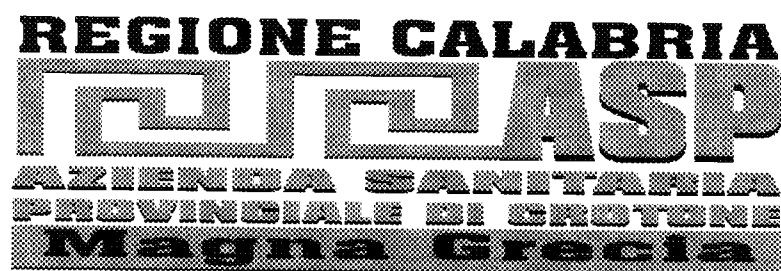
Nella stesura del presente protocollo, oltre alle normative correlate al Piano di Rientro, si è tenuto conto dei seguenti riferimenti normativi:

- Linee guida sull'emergenza n° 1/1996 (pubblicate sulla GU n° 114 del 17 Maggio 1996) recanti "l'atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 Marzo 1992";
- Atto di Intesa tra Stato e Regioni pubblicato sulla GU n° 285 del 7 Dicembre 2001;
- 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 della Salute

3. OBIETTIVI

Le principali direttive per questo obiettivo sono:

1) la diversificazione dei flussi in PS fra paziente ad alto o basso bisogno assistenziale. A tale scopo è presente un ambulatorio dei "codici minori" per quei pazienti che presentano problemi quasi sempre risolvibili con limitato impegno di risorse cliniche e strumentali, in modo da contenere eccessivi tempi di attesa e permanenza in PS. A



questo vanno aggiunti i percorsi "fast track" che permettano di indirizzare in sicurezza e in tempi relativamente celeri (24–48 h) situazioni cliniche che non richiedono una soluzione immediata. La diversificazione costituisce una scelta coerente con la opzione di un'offerta in funzione dell'entità del bisogno.

2) La riorganizzazione degli ospedali per fascia di intensità di cure deve prevedere la separazione di due linee in modo che i ricoveri in una zona non interferiscano negativamente sulla funzionalità dell'altra. Inoltre il flusso delle dimissioni deve essere basato su una maggiore continuità nelle 24 ore tramite, ad es la creazione di strutture dedicate per l'attesa della dimissione (discharge room) e, quando necessario, una migliore organizzazione dei Servizi di trasporto.

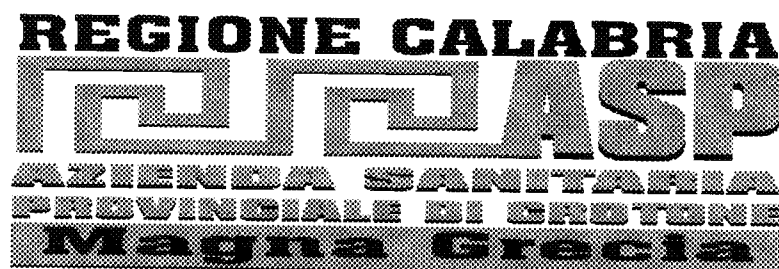
3) la diagnostica per immagini deve esser parte della dotazione tecnologica propria dei PS ad alto afflusso. Le eccessive lunghezze di permanenza in DEA sono spesso attribuibili al confluire in un unico Servizio diagnostico delle richieste da più parti del sistema sanitario (ospedale, territorio, DEA).

4) la realizzazione di un moderno collegamento informatico fra i vari segmenti dei percorsi in emergenza–urgenza (Centrale 118, PS, Aree di degenza ospedaliera, medicina territoriale). Una buona registrazione/comunicazione dei dati rende il lavoro assistenziale più sicuro ed efficiente e permette l'analisi critica e il confronto delle e fra le varie strutture impegnate.

5) occorre individuare ed organizzare modalità organizzative alternative o integrative quali, ad esempio, Punti di Primo Intervento, Modello Spot Check, sanità di iniziativa (Chronic Care Model).

6) Sul piano tecnico-organizzativo deve essere valorizzato il problema dell'accoglienza, intesa come capacità di creare per il paziente e i suoi familiari un luogo e un clima nei quali si riescono a contenere e gestire le inevitabili ansie. Realizzare una buona accoglienza significa adottare interventi strutturali che migliorino gli ambienti di attesa e di lavoro e garantiscano la privacy, buon triage, gestione dei bisogni durante le attese, bisogni che non sono solo di tipo strettamente clinico. In altre parole il paziente va "accompagnato" durante l'intera permanenza in PS fino al momento della dimissione o ricovero che deve avvenire con messaggi chiari e comprensibili.

Allo stesso modo occorre procedere a campagne di Educazione Sanitaria in modo da diffondere la cultura delle priorità nelle Emergenze.



4. MODALITÀ DI ACCESSO E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI

Per ovviare alla esigenza assoluta di sistemazione veloce in ricovero dei pazienti che ne hanno bisogno, si ricorre alla trasformazione di tutti i 5 posti letto di OBI in ricovero in Medicina d'Urgenza, dopo aver sistemato un paziente in sovrannumero rispettivamente nelle Divisioni di Medicina Uomini, Medicina Donne, Geriatria Uomini e Donne, Nefrologia, così da recuperare 10 nuovi ppl nell'area medica; in caso di iperafflusso di pazienti chirurgici verrà aggiunto un posto letto in sovrannumero nei reparti di ORL uomini e donne, Oculistica uomini e donne, Ortopedia uomini e donne, Chirurgia uomini e donne, Ginecologia per un totale di 9 posti letto in più.

I pazienti in attesa di ricovero presso il P.S. vengono seguiti dal Personale Sanitario che si succede nei vari turni di guardia, avendo cura della trasmissione delle schede di consegna che riportano accuratamente le indagini diagnostiche ed il trattamento terapeutico eseguito.

In caso di necessità la Medicina D'Urgenza richiederà dei pasti in sovrannumero in modo tale da garantire il vitto più appropriato.

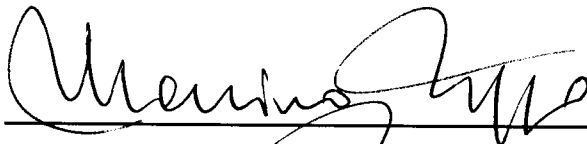
I pazienti in attesa di ricovero devono essere stabili e compensati; i pazienti critici, invece, devono essere immediatamente ricoverati nei reparti di pertinenza o presso altre strutture ospedaliere, trasportati in sicurezza da personale medico dedicato.

5. CLINICAL COMPETENCE, FORMAZIONE ED INDICATORI DI QUALITÀ

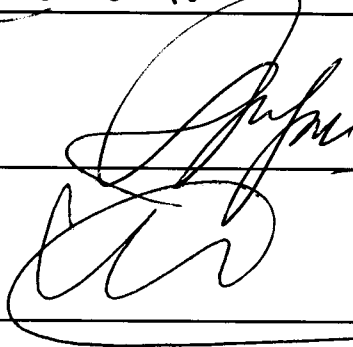
La Direzione Sanitaria di Presidio si attiverà anche attraverso un Coordinatore opportunamente individuato per gestire i flussi di pazienti in entrata e in uscita dall'Ospedale; inoltre si interfacerà con il responsabile delle Cure primarie per l'attivazione della rete di intervento territoriale di quei pazienti che possono essere gestiti ambulatorialmente.

REGIONE CALABRIA
ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Grecia

Dott. Massimo Rizzo



Dott. Pasquale Mungari



Dott. Angelo Carcea



Dott. Francesco Paravati



Prof. Rocco Antonio Nostro

