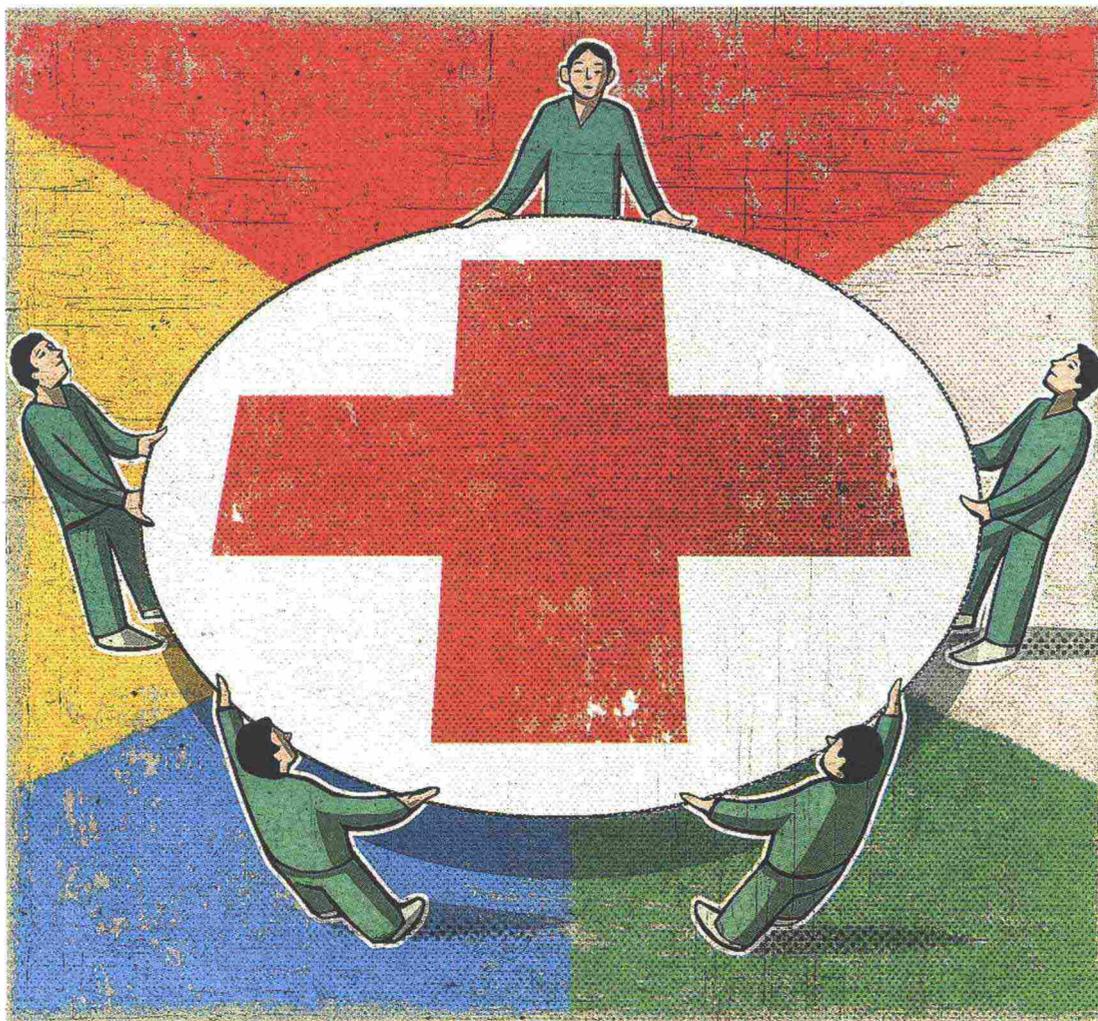


Via alla riforma  
delle strutture  
di emergenza  
e urgenza.

Tra gli obiettivi,  
tempi di attesa  
certi e percorsi  
dedicati.

Ma anche  
umanizzazione  
delle cure



# Pronto soccorso

## NUOVA ORGANIZZAZIONE PER ELIMINARE LE CODE

Dossier a cura di **Maria Giovanna Faiella**

a pagina **04**

Mai più pazienti lasciati sulle barelle in corridoio. È tra le promesse dell'imminente riforma del Pronto soccorso

di Maria Giovanna Faiella

**C**inque codici «numerici», al posto dei quattro «colori», per individuare la gravità del paziente in Pronto soccorso, con relativi tempi di attesa; massimo otto ore di permanenza nella struttura, poi si viene ricoverati o dimessi; percorsi rapidi per le urgenze minori. E poi: maggiore attenzione all'umanizzazione delle cure; un'area dedicata all'Osservazione breve intensiva (Obi); misure per ridurre il sovraffollamento, tra cui blocco dei ricoveri programmati non urgenti (si vedano articolo a destra e pagine successive). Sono alcune novità introdotte dalla riforma del Pronto soccorso avviata ad agosto con l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni di tre documenti: Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, sull'Osservazione breve intensiva e sulla gestione del sovraffollamento.

Sarà l'anno in cui i pazienti non saranno più costretti a lunghe attese prima di essere visitati né a rimanere ore, se non giorni, sulle barelle nei corridoi delle strutture di emergenza e urgenza, aspettando che si liberi il posto letto per il ricovero? Le Regioni si sono impegnate a recepire l'Accordo entro 6 mesi (quindi entro febbraio) e a renderlo operativo entro 18 mesi dalla data di approvazione. Il passaggio al nuovo modello organizzativo si sta svolgendo gradualmente; per esempio, in alcune Regioni il Pronto soccorso hanno già adottato i nuovi codici di priorità, pubblicizzandoli con locandine in sala di attesa. Ecco che cosa occorre sapere.

#### Nuovi colori

Quando si arriva al Pronto soccorso un infermiere con specifica formazione per il triage valuta il paziente e assegna il codice di gravità che indica la priorità di accesso alla visita medica in base all'urgenza, e non all'ordine di arrivo in ospedale. Ebbene, con le nuove Linee guida sul triage si passa dai tradizionali 4 codici (rosso, giallo, verde e bianco) a 5 codici numerici cui le Regioni possono associare un colore (si veda infografica). Spiega il direttore del Pronto soccorso del Polo ospedaliero Asl Roma 4, Beniamino Susi, che ha fatto parte del gruppo di lavoro ministeriale sulle Linee guida per conto della Società italiana di medicina di emergenza-urgenza (Simeu): «Attualmente il 60-70 per cento dei pazienti riceve il tradizionale codice verde che non permette di differenziare in modo adeguato quelli con maggior bisogno di assistenza, esponendoli al rischio di eventi sfavorevoli o di sottovalutazione; col passaggio da 4 a 5 codici si distingue il livello di urgenza in "differibile" e "minore"».

#### Quando si entra e quando si esce

A ognuno dei 5 codici viene associato, per la prima volta, il relativo tempo massimo di attesa

#### Le nuove «regole»

I CODICI		I TEMPI MASSIMI DI ATTESA	
1	<b>Rosso</b> <b>EMERGENZA</b> Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali		<b>ACCESSO IMMEDIATO</b>
2	<b>Arancione</b> <b>URGENZA</b> Funzioni vitali a rischio. Rischio evolutivo o dolore severo		entro <b>15</b> minuti
3	<b>Azzurro</b> <b>URGENZA DIFFERIBILE</b> Condizione stabile con sofferenza. Richiede prestazioni complesse		entro <b>60</b> minuti
4	<b>Verde</b> <b>URGENZA MINORE</b> Condizione stabile. Richiede prestazioni monospecialistiche		entro <b>120</b> minuti
5	<b>Bianco</b> <b>NON URGENZA</b> Problema non urgente o di minima rilevanza clinica		entro <b>240</b> minuti

Fonte: adattato da «Linee di indirizzo nazionali sul triage ospedaliero», Intesa Conferenza Stato-Regioni (agosto 2019)

Corriere della Sera

# Cinque numeri per le emergenze

## Cambiano i codici di gravità

### Visite «al cronometro»

### Stop al sovraffollamento

per accedere alle aree di trattamento. Quanto bisogna aspettare? Il codice 1 (rosso) significa «emergenza» e l'ingresso in sala visita è immediato; col 2 (arancione), per le urgenze, si attende massimo 15 minuti; col 3 (azzurro), «urgenza differibile», accesso entro un'ora; col 4 (verde), «urgenza minore», attesa massima di due ore; col 5 (bianco), «non urgenza», accesso entro 4 ore.

«Nei documenti si indicano le attese massime in situazioni normali, oggi medici e infermieri del Pronto soccorso lavorano spesso sotto organico, in condizioni disumane» sottolinea Susi. «È chiaro che occorre mettere in grado il personale di rispettare questi tempi anche per i codici minori», aggiunge il medico.

#### Le differenze

#### Che cosa significano «see and treat» e «fast track»

Le Linee guida raccomandano «percorsi rapidi» per i pazienti con urgenze minori. Avviati dall'infermiere del triage, in base a protocolli medico-infermieristici, sono già attivi in molte realtà e hanno ridotto le attese nel Pronto Soccorso. Col *Fast track*, di pertinenza mono-specialistica (oculista, dermatologo), l'infermiere del triage invia il paziente direttamente allo specialista. Col *See and treat*, l'assistito è preso in carico da un infermiere formato che effettua la prestazione (abrasioni, ferite).

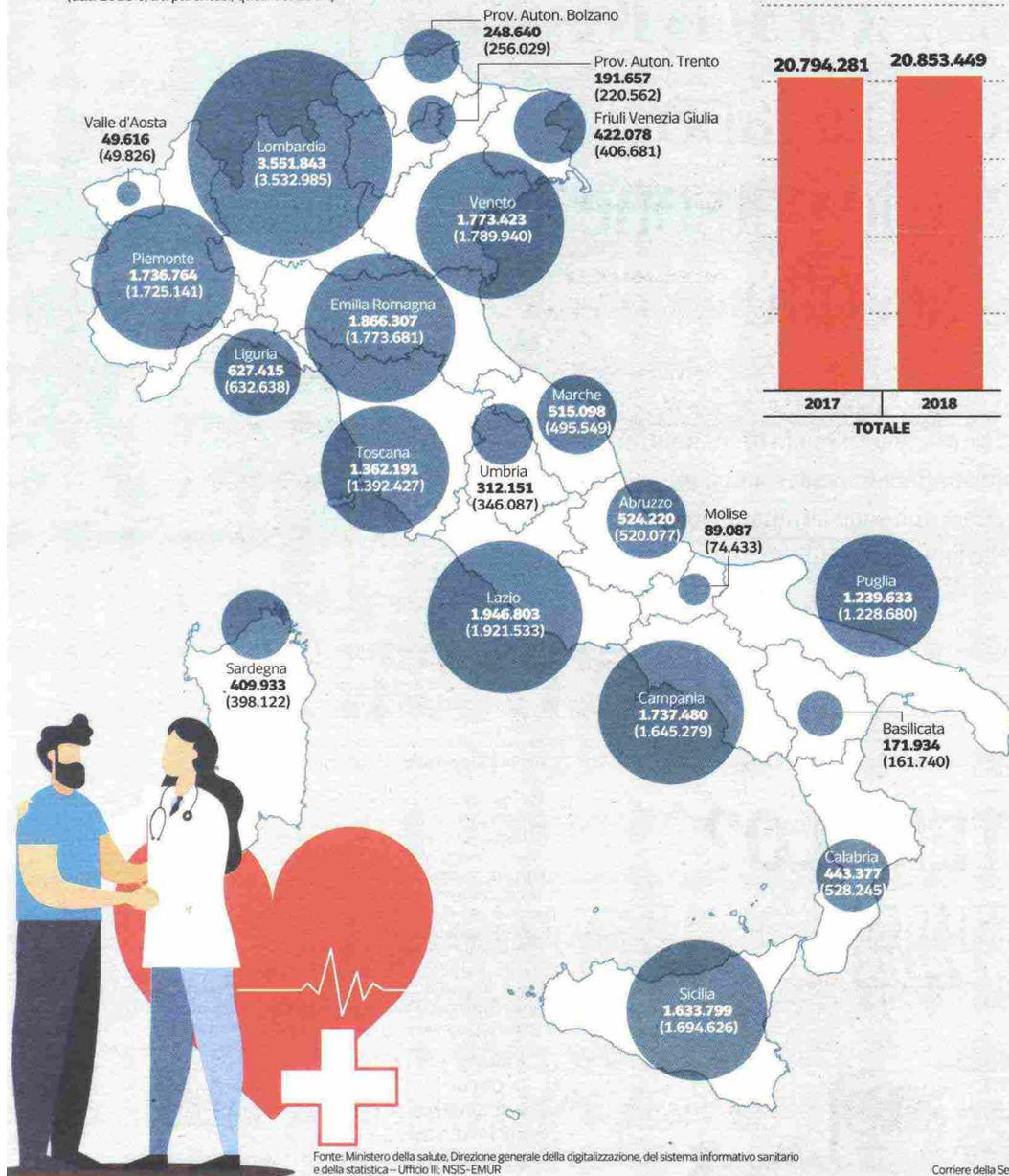
#### Eliminazione degli ostacoli

L'aspetto più evidente della riforma è il passaggio dai codici colore a quelli numerici, ma i cambiamenti riguardano l'intero percorso dell'emergenza-urgenza. Il tempo di permanenza in Pronto soccorso di un paziente da ricoverare non può superare le 8 ore. Questa fase comprende tutto il percorso all'interno della struttura, dal momento della presa in carico al triage, alle fasi di visita medica e inizio del percorso diagnostico-terapeutico (accertamenti, terapie). Il medico, poi, decide se il paziente va ricoverato in reparto o in Osservazione breve intensiva (Obi) oppure trasferito in un altro ospedale, oppure ancora di dimetterlo, affidandolo alle strutture territoriali e prevedendone

Occorre che medici e infermieri siano messi realmente in grado di rispettare la tempistica richiesta

**Quanti sono stati gli accessi alle strutture di emergenza e urgenza**

(dati 2018 e, tra parentesi, quelli del 2017)



**Responsabilità condivisa**

**Tutti i reparti chiamati a evitare gli intasamenti**

Il sovraccarico? Gestirlo «non rappresenta un onere del solo Pronto soccorso, bensì dell'intero sistema ospedaliero e assistenziale»: è il nuovo approccio di sistema della riforma dell'emergenza-urgenza per contrastare un problema annoso dovuto a diverse cause. Da qui una serie di misure previste dalle Linee di indirizzo nazionali sul Pronto soccorso, che riguardano anche l'assistenza sul territorio e quelle in ospedale. Si raccomandano, tra l'altro, percorsi per governare le urgenze ambulatoriali con priorità entro 72 ore e di rafforzare i servizi territoriali (strutture di cure primarie, Case della salute) per intercettare i bisogni di quanti vanno in Pronto soccorso per problemi non urgenti. In ospedale, poi, vanno monitorati i tempi di esecuzione e refertazione di esami radiologici, di laboratorio e consulenze per ridurre i tempi di permanenza in Pronto soccorso; va «adeguata la dotazione organica di personale nella rete dell'emergenza-urgenza»; si può ricorrere al «rinforzo temporaneo di personale medico, infermieristico e di supporto». E ancora: in condizioni di iper afflusso, un numero di posti letto, in area medica e chirurgica, va messo a disposizione del Pronto soccorso. Si raccomanda, poi, il servizio di *Bed management*. «Già esiste in alcuni ospedali e facilita i ricoveri e le dimissioni» dice Monia Mancini, segretaria di Cittadinanzattiva Marche, membro del gruppo di lavoro ministeriale sulle Linee guida. «Quando c'è l'interazione tra tutti i servizi sanitari, il Pronto soccorso è in grado di affrontare anche le maxi-emergenze e assistere numerosi feriti, come è successo durante il terremoto nelle Marche. Se la collaborazione funziona quando c'è una crisi sanitaria, perché non per gestire il sovraccarico?». A fronte della carenza di personale e posti letto negli ospedali, la riforma potrà essere attuata dappertutto? Con l'Accordo, le Regioni si sono impegnate, nell'ambito della propria attività di programmazione sanitaria, a «formulare disposizioni volte a garantire l'adozione in ogni azienda sanitaria e ospedaliera di un piano per la gestione del sovraccarico». L'adozione del piano è un requisito per l'accreditamento regionale del servizio di emergenza-urgenza dell'ospedale.

M.G.F.

do, se necessario, il ritorno in ambulatorio per i controlli del caso.

**Osservazione breve intensiva**

Con le Linee di indirizzo sull'Obi per la prima volta viene regolamentata a livello nazionale l'attività di Osservazione breve intensiva, prevista finora in alcune Regioni con modalità diverse. Va svolta in locali annessi o attigui al Pronto soccorso, ha una durata non inferiore a 6 ore e non può superare le 44 ore dalla presa in carico al triage. Sono fissati, tra l'altro, gli standard strutturali organizzativi (dotazione adeguata di tecnologie, postazioni, personale) e i criteri di ammissione a quest'area, che non è un «parcheggio» prima del ricovero, anzi: serve a evi-

tarlo quando non è necessario. Qui il paziente riceve assistenza ad alta intensità di cura, con approfondimenti diagnostici eseguiti in tempi ristretti, terapie a breve termine e monitoraggio continuo, in modo da poter essere dimesso in sicurezza, affidato alle strutture territoriali o residenziali, o ricoverato se indispensabile.

**Le modifiche introdotte riguardano l'intero percorso il paziente non potrà aspettare nella struttura oltre le otto ore dal suo arrivo**

**La «strada» giusta**

Nel nuovo modello di organizzazione, l'infermiere del triage non si limita a «mettere in fila» i pazienti in base alla gravità, ma può attivare il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) più appropriato tra quelli previsti all'interno del Pronto soccorso, per esempio, per patologie tempo-dipendenti (ictus, infarto, grande trauma), percorsi dedicati per specifiche situazioni di fragilità (in particolare per maltrattamenti e abusi su minori, donne e anziani, o disturbi della sfera psichica), «percorsi rapidi» come il *Fast track* e il *See and treat* («Vedo e tratto»), che richiedono prestazioni a bassa complessità (si veda il box).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

844

I Pronto soccorso in Italia, 513 di base e 331 complessi (Fonte: Anaao-Assomed)

12

mila i medici che lavorano nel sistema di urgenza nel nostro Paese

2.800

ogni ora gli accessi alle strutture dedicate all'emergenza e urgenza

103

Le postazioni del 112/118 11 di queste servono un bacino superiore a 1 milione di abitanti