

Pronto Soccorso: organizzazione, struttura

Sergio Timpone



CHE COS'È

Il Pronto Soccorso ospedaliero è la struttura che garantisce esclusivamente il trattamento delle emergenze-urgenze.

Emergenza : sussiste immediato pericolo di vita e richiede interventi terapeutici e salvavita immediati o nel più breve tempo possibile.

Urgenza : non sussiste immediato pericolo di vita, ma richiede interventi terapeutici entro breve tempo.

COME SI ACCEDE



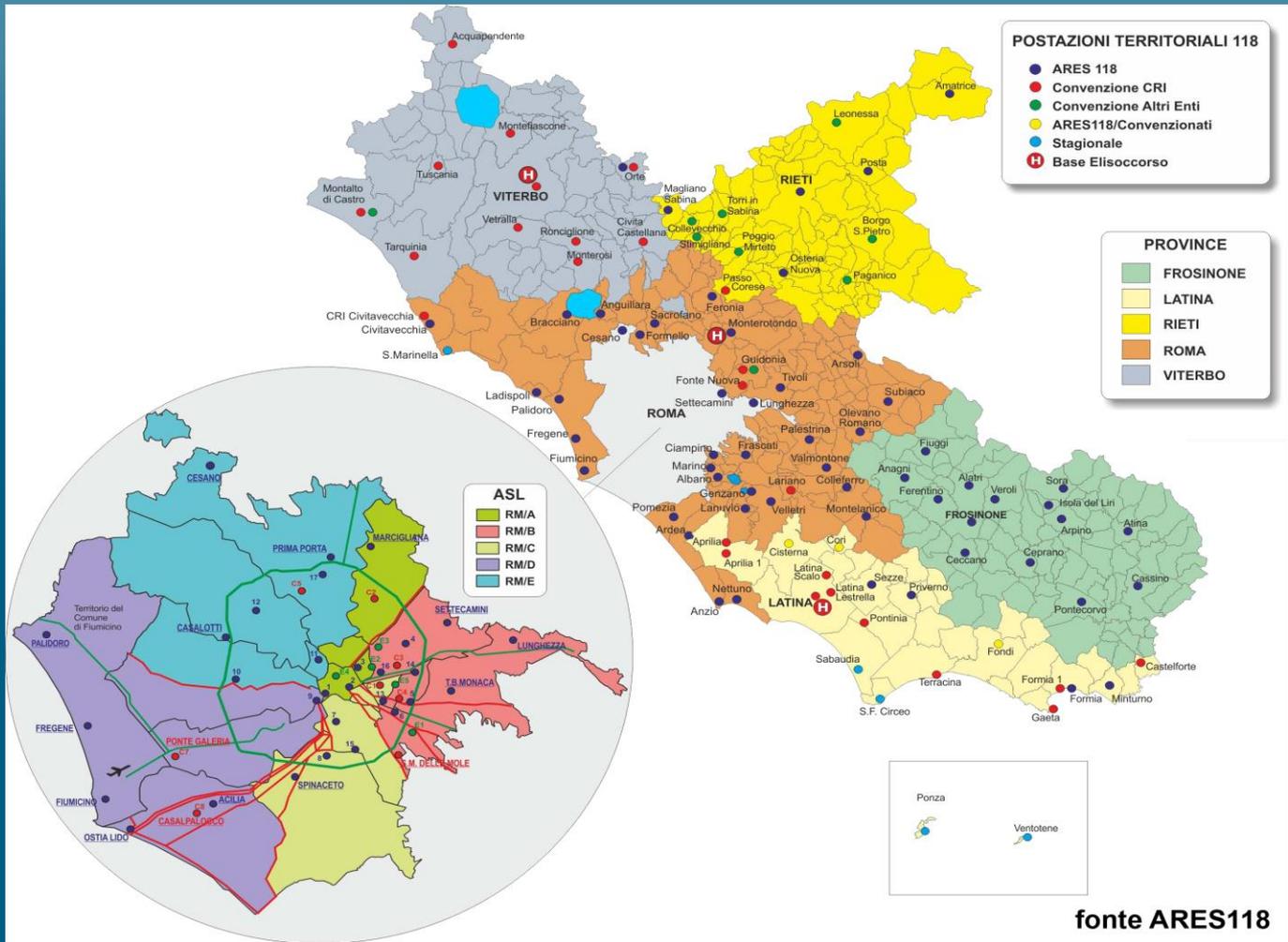
EMERGENZA TERRITORIALE

- **112** Numero unico dell'emergenza
- Nel Lazio l'emergenza sanitaria è gestita da



- La richiesta di soccorso arriva alla centrale operativa che invia il mezzo di soccorso idoneo in base al triage telefonico

EMERGENZA TERRITORIALE



fonte ARES118



TRIAGE (infermiere)

- Determina l'urgenza e il percorso del paziente all'interno del Pronto Soccorso
- Percorso per intensità di cure in base alle necessità cliniche del paziente



SALA VISITA (medico/infermiere)

- Eventuale rianimazione
 - Visita del paziente (anamnesi ed esame obiettivo)
 - Eventuale richiesta esami ematochimici e strumentali
 - Eventuale richiesta consulenze specialistiche
 - Monitoraggio, se necessario
 - Eventuale terapia
- 
- 
- 



DOPO LA VISITA

- Esecuzione degli esami strumentali, se richiesti
- Prosecuzione della terapia
- Osservazione clinica presso i letti tecnici
- Rivalutazione dopo l'esecuzione degli esami
- Eventuale richiesta di consulenze specialistiche



ESITO

- Dimissione
- Ricovero
- Trasferimento
- Proseguimento dell'osservazione
- Dimissione a strutture ambulatoriali (PDTA)
- Rifiuto ricovero



SOVRAFFOLLAMENTO

- * *“L’affollamento o sovraffollamento, è la situazione che si verifica quando il bisogno di rivolgersi ai servizi di emergenza eccede le risorse disponibili per la cura dei pazienti all’interno dei dipartimenti di emergenza, negli ospedali, o entrambi”.*

Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point. Washington, DC: National Academies Press; 2006. ACEP

- * *Tutto ciò che impedisce ed ostacola il flusso di pazienti attraverso l’ED influenzando sulla qualità di cura prestata e risolvendosi in frustrazione per i pazienti stessi e stress per il personale sanitario.*

Understanding the causes of overcrowding in emergency departments in the Capital Health Region in Alberta: a focus group study: Angela Estey, MA, BN; Kathleen Ness, RD, MPH; L. Duncan Saunders, MB BCh, PhD; Arif Alibhai, BSc, MHSA; Robert A. Bear, MD

SOVRAFFOLLAMENTO

* *Situazione dove la domanda per i servizi di emergenza/urgenza supera ampiamente la disponibilità a prestare assistenza in un ragionevole lasso di tempo.*

Canadian Agency for Drugs and Technology in Health (CADTH) -2006





Crisis in the Emergency Department

Arthur L. Kellermann, M.D., M.P.H.

L'articolo mette in evidenza la notevole riduzione dei posti letto (-198.000 nel decennio 1994-2004) e del numero degli stessi ospedali, a fronte di un continuo incremento delle visite in Dipartimento d'Emergenza (+26% nello stesso periodo).



BOARDING



input

Eccessivo e contemporaneo afflusso di utenti in PS

Fasce "vulnerabili"

Invecchiamento popolazione

Crisi sistema cure primarie

Aumentate richieste di salute

throughput

Percorsi e Processi di PS

overcrowding

DEU

Cure sempre più complesse

Scarse risorse umane e materiali

output

Fase di dimissione dal PS

Indisponibilità posti letto "access block"

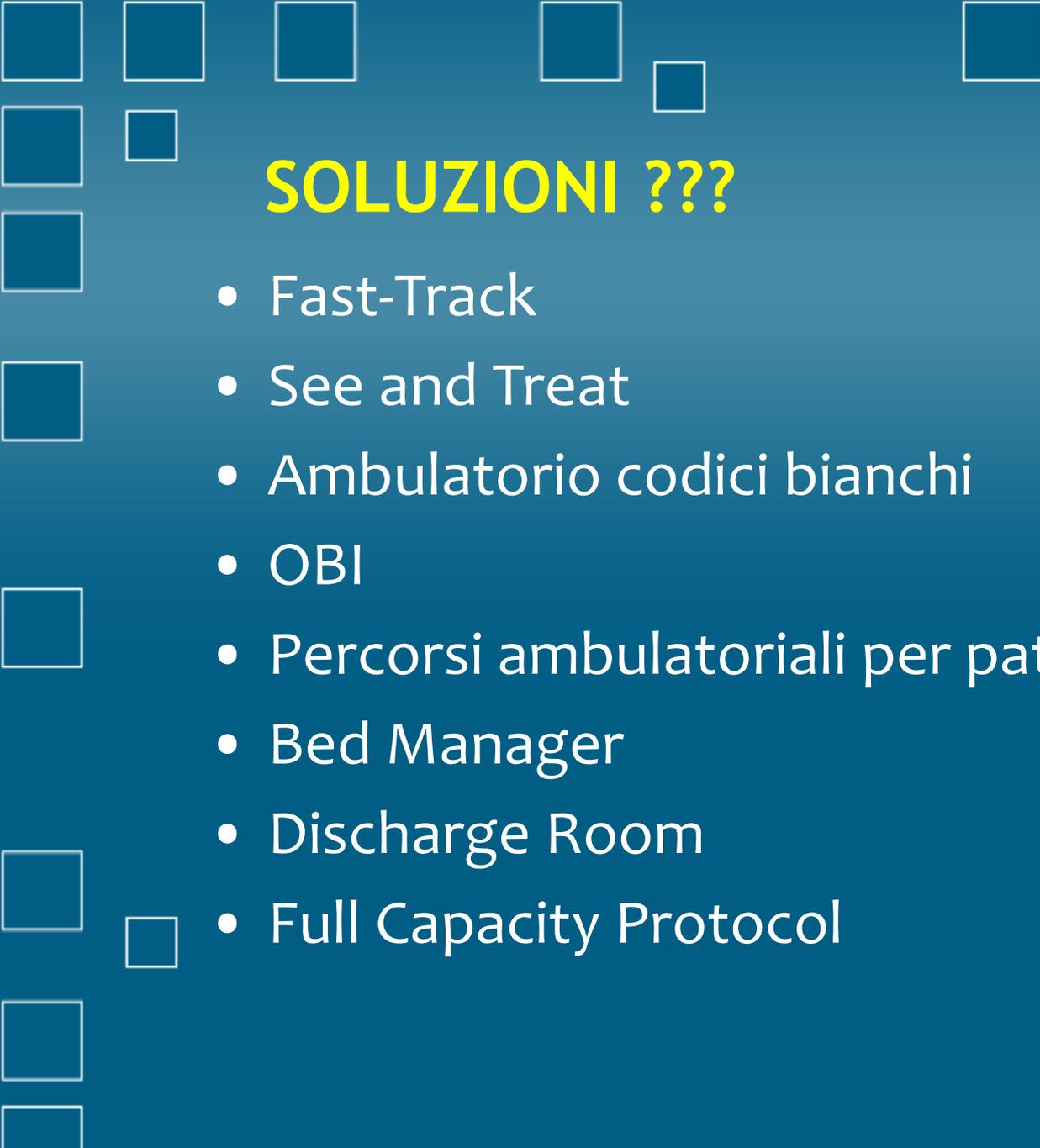
(sovraccarico ricoveri su ridotti posti letto con dimissioni ritardate per territorio inadeguato)



BOARDING

- * Il “boarding” allunga i tempi di degenza ospedaliera dei pazienti.
- * Il “boarding” aumenta i pz. che abbandonano il PS.
- * Il “boarding” contrasta fortemente con il concetto del paziente al centro delle cure.
 - * La riorganizzazione degli Ospedali per Intensità di Cure prevede proprio la centralità del paziente rispetto ai vari percorsi diagnostico-terapeutici.
 - * La permanenza del paziente nel DEA anziché il raggiungimento precoce dell’appropriata area di trattamento ostacola evidentemente l’applicazione di questo concetto.

- * Krochmal P, Riley TA. *Am J Emerg Med.* 1994;12(3):265-266.
- * Richardson DB. *Med J Aust.* 2002;177(9):492-495.
- * Liew D, Liew D, Kennedy MP. *Med J Aust.* 2003;179(10):524-526.
- * Weiss SJ, Ernst AA, Nick TG. *Am J Emerg Med.* 2005;23:288-294.
- * Richardson DB, Bryant M. *Emerg Med.* 2004;11(5):462.
- * Weissman JS, Rothschild JM, Bendavid E, et al. *Med Care.* 2007;45(5):448-455.
- * Cowan RM, Trzeciak S. *Crit Care.* 2005;9(3):291-295.



SOLUZIONI ???

- Fast-Track
- See and Treat
- Ambulatorio codici bianchi
- OBI
- Percorsi ambulatoriali per patologie
- Bed Manager
- Discharge Room
- Full Capacity Protocol



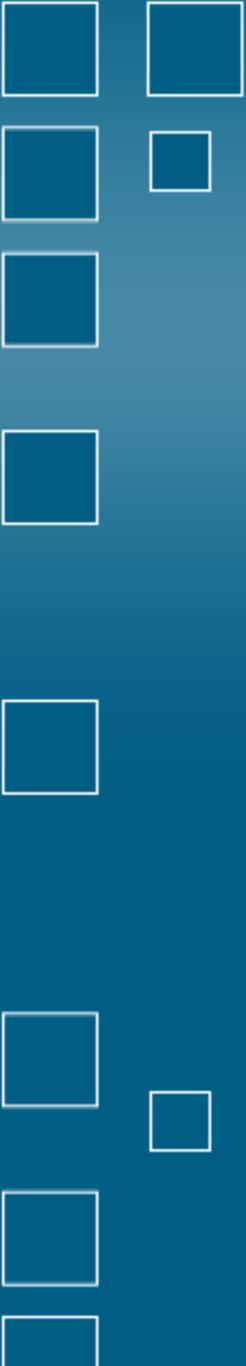
PERCORSI RAPIDI DA TRIAGE

- FAST-TRACK (FT)

Percorsi diretti da Triage con il fine di garantire una risposta appropriata alle esigenze del paziente con codice minore.

Alcuni studi dimostrano che i sistemi FT sono efficienti, convenienti, sicuri e soddisfacenti per i pazienti.

I sistemi FT hanno diminuito i tempi di attesa dei pazienti, ridotto il tempo complessivo di soggiorno nei DEA e il numero di pazienti *allontanatisi senza essere visti* è stato ridotto.



PERCORSI RAPIDI DA TRIAGE

Il principio chiave per garantire l'efficacia e la sicurezza è identificare le patologie che possono essere gestite con questa metodica.

Nel nostro ospedale è stato attivato un FT specialistico per l'oculistica e l'ORL in accordo con gli specialisti e per sintomatologia clinica che esita in codici minori



SOLUZIONI ???

- Fast-Track
 - See and Treat
 - Ambulatorio codici bianchi
 - OBI
 - Percorsi ambulatoriali per patologie
 - Bed Manager
 - Discharge Room
 - Full Capacity Protocol
- 