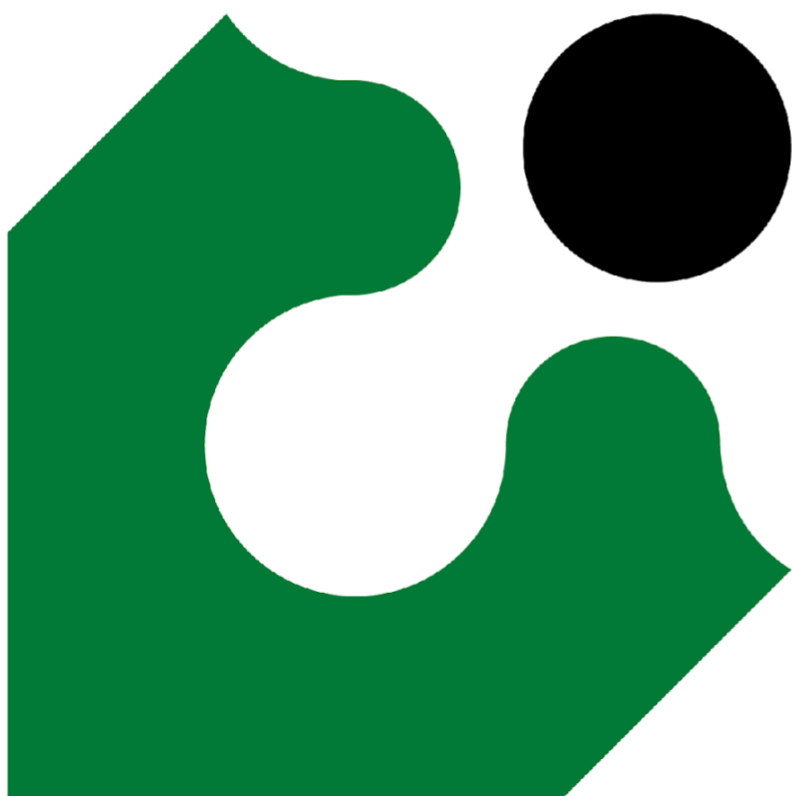


CODIFICA DI UN PERCORSO SPERIMENTALE PER IL PASSAGGIO DI CONSEGNE TRA MEDICO DI PS/OBI ED IL MMG DI PAZIENTI DIMESSI STABILIZZATI CON INDICAZIONE A RIVALUTAZIONE E/O MONITORAGGIO A BREVE

Dr. Livio Colombo

*Corso di formazione manageriale per
Dirigenti di Struttura Complessa
anno 2023/2024*



*Corso di formazione manageriale per
Dirigente di struttura complessa*

Codice edizione UNIMI DSC 2301/CE

Ente erogatore

Università degli Studi di Milano

AUTORE

Dr. Livio Colombo, Direttore UOC Pronto Soccorso-Medicina D'Urgenza

Ospedale San Paolo

ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

Il docente di progetto

Federico Lega, Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega, Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute

Pubblicazione non in vendita.

*Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia*

*PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it*

INDICE

INTRODUZIONE

<i>1) PROBLEMATICHE IN GENERALE DEI PRONTO SOCCORSO</i>	<i>3</i>
<i>2) RIFORMA ORGANIZZATIVA SANITARIA TERRITORIALE</i>	<i>12</i>
<i>ATTIVITA PRONTO SOCCORSO SAN PAOLO 2023</i>	<i>14</i>
<i>OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO</i>	<i>21</i>
<i>DESTINATARI DEL PROGETTO</i>	<i>23</i>
<i>METODOLOGIA</i>	<i>23</i>
<i>IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO</i>	<i>24</i>
<i>INDICATORI</i>	<i>25</i>
<i>FASI E TEMPISTICHE</i>	<i>25</i>
<i>ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE E DI REALIZZAZIONE</i>	<i>26</i>
<i>RISULTATI ATTESI</i>	<i>27</i>
<i>CONCLUSIONI</i>	<i>27</i>
<i>SCHEDA DI INVIO AI MMG PER SEGNALAZIONE DEI CASI E FLOW CHART</i>	<i>29</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>30</i>

INTRODUZIONE

1) Problematiche Pronto Soccorso in generale (1):

Attualmente, i Pronto Soccorso (PS) sono al centro dell'attenzione sia del pubblico che delle autorità sanitarie, che stanno cercando di riformarli. Con circa 20 milioni di accessi all'anno e una vasta gamma di casi, i PS sono da sempre considerati una componente critica e importante. Il problema del sovraffollamento e dei tempi di attesa è noto a livello globale. Tuttavia, negli ultimi anni, stiamo vivendo un periodo caratterizzato da significative discontinuità, che rendono queste strutture del Sistema Sanitario Nazionale particolarmente fragili

All'inizio del 2020, i Pronto Soccorso (PS) e l'intera rete di Emergenza-Urgenza (E-U) si sono trovati ad affrontare l'emergenza Covid-19 in prima linea. Hanno dimostrato notevoli capacità di adattamento e risposta attraverso l'introduzione di nuove pratiche gestionali, la mobilitazione di personale e la collaborazione stretta con il sistema sanitario nel suo complesso, come evidenziato nel Rapporto OASI 2020. Tuttavia, il periodo successivo alla pandemia presenta sfide ancora più complesse e articolate. Il graduale ritorno alla normalità comporta la gestione di protocolli differenziati per pazienti Covid-19 e non, oltre a un aumento della domanda di assistenza. Le pressioni demografiche dovute all'invecchiamento della popolazione portano a un incremento sia della domanda sanitaria che sociale, aumentando la varietà e la quantità di casi che affluiscono ai PS. Inoltre, l'industrializzazione dei servizi e la trasformazione digitale stanno aumentando le aspettative dei pazienti riguardo alla fruibilità e ai tempi di risposta dei servizi sanitari, aggravando le difficoltà nel reclutare e trattenere personale qualificato nei PS. In questo contesto, si stanno attuando una serie di interventi, come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (2), la revisione normativa del DM 70/2015 e l'incremento delle risorse per i medici d'urgenza, che impattano direttamente sulla gestione

dei PS. Alcune riforme, soprattutto a livello regionale, stanno inoltre ridisegnando i servizi in base alle esigenze specifiche dei PS

Secondo la definizione del Ministero della Salute del 2019, il Pronto Soccorso (PS) è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. Questo implica garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti che arrivano in ospedale in modo non programmato, affrontando situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziale attraverso provvedimenti immediati di salvataggio. La natura del PS è quindi complessa e sfumata.

Il PS gestisce una vasta gamma di servizi per rispondere a una domanda diversificata. Da un lato, gestisce servizi di emergenza per pazienti in pericolo di vita che richiedono interventi immediati e salvavita. Dall'altro, si occupa di servizi d'urgenza per pazienti che richiedono un'attenzione sollecita ma non sono in pericolo di vita. La classificazione dei casi varia, comprendendo emergenze, urgenze, urgenze differibili, urgenze minori e non urgenze, con il passaggio recente da 4 a 5 codici colore, complicando la raccolta dati.

La gestione dell'urgenza varia ampiamente tra i sistemi sanitari internazionali, con servizi di cura d'urgenza posizionati tra le cure primarie e i servizi di emergenza ospedaliera. La localizzazione fisica dei servizi di urgenza può variare, dall'inclusione diretta nei dipartimenti di PS a modelli distaccati sul territorio. Attualmente, in Italia, le 609 strutture di PS elencate dal Ministero rappresentano il principale punto di accesso per l'emergenza e l'urgenza. La gestione e la configurazione di queste strutture saranno influenzate dalla domanda, dal ripensamento dell'offerta sanitaria e dall'evoluzione tecnologica. Il sovraffollamento nei Pronto Soccorso (PS) è definito come una situazione in cui la domanda di assistenza supera notevolmente le risorse disponibili, sia in termini di personale che di strutture, impedendo il normale funzionamento del servizio. Questo squilibrio tra domanda e offerta è un problema conosciuto da tempo e viene considerato una questione globale di salute pubblica. Tuttavia, attualmente manca un approccio condiviso per misurare o quantificare il sovraffollamento in modo preciso, con prove disponibili principalmente a livello nazionale. La letteratura si è concentrata sulle cause dell'overcrowding e sui suoi impatti sulla qualità delle cure e sulle performance del sistema sanitario. L'overcrowding porta principalmente a un aumento dei tempi di attesa, che può portare a un maggiore abbandono dei pazienti prima di essere visitati, con conseguente peggioramento delle loro condizioni e maggiore probabilità di ritorno al PS. Questo fenomeno viene spesso utilizzato come indicatore di qualità del servizio di emergenza, poiché può essere causato da dimissioni premature, mancate diagnosi o errate pianificazioni di trattamento. Inoltre, comporta un aumento dell'utilizzo delle risorse e dei relativi costi. Studi hanno dimostrato che l'overcrowding influisce negativamente sulla qualità delle cure, aumentando il rischio di errori medici e di infezioni ospedaliere. Questo problema non riguarda solo i pazienti e la qualità delle cure ricevute, ma anche il personale dedicato all'emergenza, aumentando il rischio di burnout e causando una contrazione dell'organico. Le cause dell'overcrowding includono la carenza di personale e posti letto disponibili, nonché la necessità di consulenze

specialistiche o ulteriori indagini diagnostiche che possono prolungare i tempi di permanenza nel PS. Inoltre, l'aumento degli accessi non urgenti contribuisce al sovraffollamento, con pazienti che potrebbero essere trattati in setting ambulatoriali a costi inferiori. Questi accessi sono influenzati da fattori socio-demografici come l'invecchiamento della popolazione e l'incremento delle malattie croniche. Le ragioni che spingono i pazienti a scegliere il Pronto Soccorso (PS) sono molteplici e includono fattori sia sistemici che individuali. Coster et al. (3) identificano sei motivazioni principali: la limitata accessibilità o scarsa conoscenza dei servizi di cure primarie, la percezione della propria condizione come un'urgenza non differibile, la percezione di maggiore convenienza offerta dal PS come luogo unico per cure complete e avanzate, l'influenza dei familiari, della rete sociale o dei professionisti sanitari, e la convinzione di necessitare delle risorse e delle strutture offerte dal sistema di emergenza. Queste motivazioni possono derivare da carenze nell'offerta di servizi programmati, dalla mancanza di alternative di urgenza, o dalla mancanza di informazioni sulle alternative disponibili. Van den Heede & Van den Voorde (4) hanno classificato gli interventi per ridurre l'utilizzo del PS in due categorie: interventi che agiscono sul lato dell'offerta dei servizi e quelli che agiscono sul lato della domanda. Per quanto riguarda gli interventi sull'offerta, si possono ampliare le risorse delle cure primarie, utilizzare servizi telefonici per triage e consulenza, istituire interventi pre-ospedalieri e formalizzare attività di case management e coordinamento dei percorsi di cura. Inoltre, nel contesto italiano, è comune che i medici ospedalieri e i medici di base non abbiano rapporti diretti, il che può complicare la gestione dei pazienti tra il PS e i reparti di degenza.

Per affrontare la domanda di servizi sanitari, si propongono queste soluzioni: primo, programmi di sensibilizzazione, educazione e auto-gestione rivolti alla popolazione generale o a gruppi specifici di pazienti, come ad esempio coloro con malattie croniche, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza sulla propria salute e sull'uso adeguato delle risorse sanitarie; secondo, l'introduzione di meccanismi di condivisione dei costi, in cui i pazienti partecipano ai costi per l'utilizzo dei servizi del Pronto Soccorso, per scoraggiare accessi non necessari. Si sottolinea la complessità nel definire e valutare l'efficacia dell'uso dei servizi di emergenza e urgenza, poiché dipende da molteplici fattori interrelati che riguardano sia il tipo di bisogno che l'organizzazione dei servizi, i quali possono variare in base al contesto. Inoltre, evidenziano come il sovraffollamento sia sicuramente un problema rilevante, ma non l'unico: è fondamentale prestare attenzione anche al processo durante il trattamento dei pazienti (throughput), per evitare il fenomeno del boarding, e al post-trattamento (output), al fine di ridurre il rischio di pazienti frequenti o di scarsa coordinazione con altri servizi sanitari. Per sviluppare interventi efficaci, è essenziale avere una rappresentazione completa del sistema di Emergenza-Urgenza per comprendere il suo funzionamento e la sua portata. A questo proposito, Baier et al.(5) hanno sviluppato un framework di analisi che consente una valutazione comparativa del sistema in diversi paesi, evidenziando gli attori coinvolti e le relazioni e i meccanismi di collaborazione tra di loro. Il framework identifica quattro livelli di

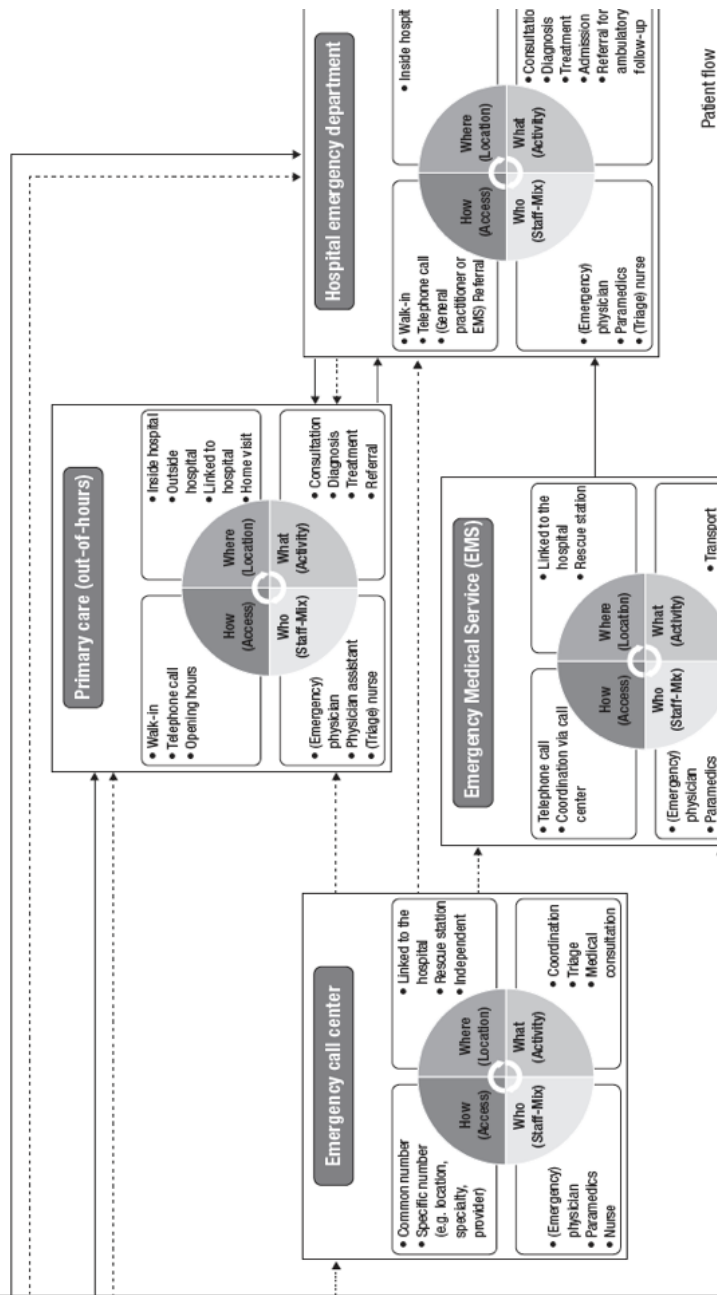
servizio nel sistema E-U, ciascuno caratterizzato da quattro dimensioni principali: accesso, posizione, attività e composizione del personale. Ogni componente del framework mostra variazioni a seconda del contesto territoriale considerato. Lo studio evidenzia che i diversi paesi esaminati hanno attuato una serie di riforme nel sistema di Emergenza-Urgenza con tre obiettivi principali: gestire l'aumento costante degli accessi al Pronto Soccorso, garantire un efficace coordinamento tra gli attori del sistema e assicurare che i pazienti più gravi ricevano cure adeguate in termini di competenze specialistiche e risorse tecnologiche avanzate. Le riforme sono suddivise in quattro categorie principali (Figura 1).

- 1. Aumento della disponibilità dei servizi di cure primarie urgenti: comprende l'istituzione di nuovi servizi dedicati a rispondere ai bisogni di urgenza minore, come call center informativi, visite domiciliari e centri di cure primarie per urgenze, come i walk-in centers o le unità per lesioni minori.*
- 2. Centralizzazione dei servizi di cure primarie urgenti: in alcuni casi, i servizi sono stati aggregati in aree geograficamente ampie per fornire un punto di contatto unico e facilmente accessibile ai cittadini, supportati da infrastrutture informatiche per un triage telefonico uniforme.*
- 3. Coordinamento tra emergenza e cure primarie urgenti: mira a indirizzare i pazienti verso il servizio più adatto alle loro esigenze, utilizzando, ad esempio, numeri dedicati per le urgenze non gravi o posizionando i centri di cure primarie all'interno degli ospedali per una rapida identificazione e presa in carico.*
- 4. Centralizzazione dell'emergenza: in pochi casi, i servizi di emergenza sono stati centralizzati in grandi ospedali per semplificare il sistema, riducendo il rischio di dispersione e ottimizzando l'allocazione delle risorse.*

Tali riforme, di natura sostanziale, modificano profondamente la struttura e la rete dei servizi e richiedono una visione complessiva del sistema. Per intervenire efficacemente sui servizi di emergenza e in particolare sui Pronto Soccorso, è necessario considerare anche gli elementi esterni funzionalmente collegati al PS stesso.

Figura 1.

1. Rappresentazione del sistema di emergenza e urgenza



Analisi del governo e della logistica degli accessi al Pronto Soccorso: nel Sistema Sanitario Nazionale italiano, con i suoi 21 Sistemi Sanitari Regionali (SSR), si osserva una diversità di configurazioni e comportamenti. Sebbene i dati siano frammentati, sono comparabili tra le regioni italiane. L'analisi interregionale mostra una variazione significativa nei tassi di accesso al Pronto Soccorso, che vanno da quasi 500 accessi ogni 1.000 abitanti in Provincia di Bolzano a circa 260 in Sardegna. Escludendo queste eccezioni, il coefficiente di variazione tra le regioni per i tassi di accesso rimane intorno al 15%. Le regioni sono elencate in ordine decrescente in base alla frequenza di accesso al PS.

Le correlazioni positive più consistenti, che superano il 60%, evidenziano che il tasso di accesso al PS aumenta con la percezione di accessibilità al servizio e diminuisce quando esistono alternative come le visite della guardia medica. La variabilità nei tassi di accesso al PS sembra essere più legata alla capacità di soddisfare le esigenze urgenti percepite della popolazione piuttosto che all'estensione e allo sviluppo dell'assistenza territoriale. Il Pronto Soccorso ospedaliero continua ad essere un punto di raccolta per una vasta e variegata domanda di servizio, distribuita in modo frammentato e disorganico tra i vari PS. In media, i PS italiani gestiscono 33.000 utenti. Tuttavia, circa il 37% dei PS ha meno di 20.000 accessi, mentre solo il 6% ne ha più di 70.000, nonostante alcune strutture siano classificate come DEA di II livello, che dovrebbero gestire un volume maggiore. Questo suggerisce squilibri nel posizionamento e nella configurazione dei PS nel tempo. L'attribuzione dei livelli di DEA e il numero di accessi gestiti da ciascun PS sembrano talvolta non allineati con le direttive ministeriali. Ciò si traduce in un'allocazione disomogenea dei medici d'urgenza e dei posti letto per l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) o la medicina d'urgenza, soprattutto nei PS sede di DEA di II livello. Questo porta a un allontanamento dalla logica di complementarità tra i vari livelli di DEA, rendendo difficile distinguere le responsabilità e gli standard di accesso tra i diversi livelli. Sebbene alcune disuguaglianze siano naturali nelle regioni più piccole o remote, l'allocazione di risorse come i medici d'urgenza e i posti letto OBI richiede una revisione attenta del governo e della logistica degli input, nonché una trasformazione del network dei PS per garantire una distribuzione equa ed efficiente delle risorse

La Lombardia presenta un tasso di accesso al Pronto Soccorso e un'offerta di Pronto Soccorso leggermente superiori alla media nazionale. Nel 2019, il tasso di accesso si situava intorno a 352 accessi per 1.000 abitanti (rispetto alla media italiana di 340), mentre il numero medio di abitanti per Pronto Soccorso era di circa 101 mila (rispetto alla media italiana di 97 mila). Dopo una significativa diminuzione degli accessi durante il periodo pandemico, il ritorno alla normalità ha registrato circa 313 accessi per 1.000 abitanti. Dei circa 3 milioni di accessi nel 2022, la maggioranza (circa il 76%) riguardava urgenze minori o differibili, mentre la percentuale di accessi che hanno richiesto un ricovero si aggira intorno al 13%. La distribuzione dei vari tipi di Pronto Soccorso è simile alla media nazionale. La dimensione della Lombardia, con circa 10 milioni di abitanti, influisce significativamente sulla media nazionale. La vastità territoriale della regione contribuisce a una varietà geografica simile al resto del paese, eccetto per l'assenza del mare. La presenza di AREU, un'agenzia specializzata nell'Emergenza-Urgenza, è una caratteristica peculiare del sistema regionale lombardo. Fondata nel 2009, AREU si occupa di coordinare le attività di emergenza urgenza extraospedaliera e altri servizi sanitari. AREU gestisce quattro Sale Operative Regionali dell'Emergenza Urgenza (SOREU) con competenze interprovinciali. Il suo ruolo strategico nella governance dell'Emergenza-Urgenza è in costante crescita.

Un punto chiave emerso dalle analisi riguarda la sfida nell'orientare e dirigere gli accessi al sistema sanitario. Da un lato, circa il 74% degli accessi avviene in modo spontaneo e

autonomo, incluso tra i pazienti classificati come codice giallo e rosso. Dall'altro, c'è un frequente utilizzo inappropriato del numero di emergenza 118, che gestisce il 7% dei casi classificati come codice bianco e il 20% dei casi classificati come codice verde, corrispondenti a circa 440mila accessi totali. Questi due fenomeni, l'accesso spontaneo per casi gravi e il sovra-utilizzo del 118 per casi minori, evidenziano la necessità di considerare il governo degli accessi come una priorità. Le difficoltà nel regolare gli accessi possono in parte spiegare e contribuire alle criticità nel percorso di cura in uscita. Ad esempio, si osserva che l'8% dei casi classificati come codice verde viene ricoverato, corrispondente a circa 250mila ricoveri. Questo fenomeno di ricoveri urgenti per urgenze differibili aumenta notevolmente la variabilità, sia quella naturale che quella indotta dal sistema

La popolazione dei Pronto Soccorso base mostra una notevole diversità, con alcuni di essi che gestiscono circa 40.000 accessi, avvicinandosi ai DEA di I livello. Allo stesso modo, ci sono DEA di II livello che trattano circa 50.000 pazienti, mentre altri superano addirittura gli 80.000 accessi. Questo processo di uniformazione verso il basso, soprattutto per quanto riguarda i casi trattati dai DEA di I livello, contribuisce a spiegare la distribuzione variegata degli accessi tra i Pronto Soccorso, che sono molto frammentati. Questo suggerisce che, in primo luogo, potrebbe esserci un eccesso di strutture Pronto Soccorso, in parte giustificato dall'equità nel garantire presidi nelle aree meno popolate o con minore densità di popolazione. Tuttavia, c'è anche una sovrapposizione significativa tra le tipologie di Pronto Soccorso e il numero di accessi previsti. La Lombardia ha intrapreso un percorso di revisione sostanziale del suo sistema di Pronto Soccorso da alcuni anni, che non è limitato a una singola riforma. A partire dal 2022, sono state proposte diverse indicazioni e progetti, culminanti nella recente DGR n. XII/787 del luglio 2023 sul "Piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza ospedaliera", che rappresenta un importante passo avanti in questa revisione complessiva. La carenza di medici d'emergenza da un lato e le criticità nella rete dei Pronto Soccorso dall'altro richiedono una revisione nella distribuzione delle risorse e delle responsabilità all'interno della rete stessa. La recente DGR sottolinea la necessità di rivedere l'offerta ospedaliera regionale, iniziando dalla riclassificazione dei Pronto Soccorso e dei DEA di I e II livello, sia pubblici che privati accreditati. Si propone una revisione e razionalizzazione della rete dei DEA/Pronto Soccorso, in linea con il riordino della rete ospedaliera regionale che diventerà operativo nel 2024. La riallocazione delle risorse è accompagnata da una riconfigurazione degli assetti organizzativi. Le strutture che ospitano DEA di I e II livello devono istituire un'Unità Operativa complessa di "Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza", in cui i Pronto Soccorso diventano strutture semplici all'interno dei DEA, che diventano le sedi fisiche e organizzative degli OBI, dei medici d'emergenza e dei posti letto d'emergenza-urgenza. Si cerca di ridefinire la quantità e la tipologia delle risorse nella rete dei Pronto Soccorso, concentrandole e specializzandole. Si sottolinea la centralità dei medici d'emergenza nella presa in carico dei pazienti d'emergenza, insieme alla necessità di focalizzare il loro lavoro sulla loro specializzazione. Questo implica una maggiore

condivisione della turnistica tra l'AREU e i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

Il percorso in atto porterà alla revisione e razionalizzazione della rete dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza/Accettazione entro il 2024. Tuttavia, si tratta di un processo complesso che richiederà tempo, poiché coinvolge aspetti tecnici, sociali e politici, ma è inevitabile. Nel frattempo, procedono i lavori per la riorganizzazione della rete ospedaliera e dei Pronto Soccorso ad essa collegati. AREU sta promuovendo un'azione immediata per indirizzare la domanda e gestire i casi meno urgenti, che, come indicato nella diagnosi, contribuiscono in modo significativo alla variabilità e all'inappropriatezza dei servizi. L'obiettivo principale è quello di indirizzare i bisogni di cura non urgenti rivolti ai Pronto Soccorso verso le cure territoriali, potenziando la risposta territoriale attraverso strumenti di telemedicina e favorire la gestione a domicilio dei pazienti fragili.

La riforma dei servizi si articola in tre azioni principali. La prima consiste nello sviluppo di un servizio di telemedicina d'urgenza da parte di AREU per evitare trasporti inappropriati tramite il 118 e attivare un servizio di Risposta Rapida Domiciliare, mirato principalmente alle urgenze differibili e alle riacutizzazioni dei pazienti anziani fragili. La seconda e la terza azione riguardano il potenziamento del numero unico 116-117 e lo sviluppo di un'app dedicata per fornire informazioni non sanitarie e guidare il cittadino verso il servizio territoriale più adeguato al suo bisogno, riducendo gli accessi spontanei ai Pronto Soccorso. Si prevede anche una campagna informativa su questo servizio. Inoltre, si intende sviluppare i servizi necessari per garantire una risposta sanitaria al cittadino che si rivolge al numero unico 116117, con una particolare attenzione alla creazione di una centrale unica di telemedicina (Uni.Ca) e la riconfigurazione del Servizio di Continuità Assistenziale, seguita dall'implementazione di un servizio di Risposta Rapida Domiciliare.

In questo modo, si prevede che la maggior parte delle attività gestite dalla Centrale Uni.Ca si concludano con una tele-visita e/o prescrizione dematerializzata (60%), l'attivazione del Team di Risposta Rapida Domiciliare (15%), l'invio autonomo al Pronto Soccorso (10%) e la visita ambulatoriale presso le postazioni di Continuità Assistenziale sul territorio (15%). Questo modello si basa sulla riorganizzazione della Continuità Assistenziale, che centralizza e razionalizza risorse attualmente scarse e frammentate nei vari ambulatori territoriali.

AREU ha avviato una fase sperimentale nel 2022 attraverso la Centrale Media Integrata (CMI), principalmente finalizzata a ridurre l'uso inappropriato delle ambulanze per casi minori. Alla luce dei risultati ottenuti (discussi nel paragrafo successivo) e delle prestazioni superiori alla media italiana nel prendere in carico la domanda, AREU si impegna nel progetto Uni.CA assumendo il ruolo di referente per varie attività, quali la clinica, la formazione, il monitoraggio

e lo sviluppo informatico. Le attività legate alla gestione delle risorse e del personale sono invece sotto la responsabilità della Continuità Assistenziale.

Nel DGR del 31 luglio 2023 (4) 'obiettivo è quello di potenziare il ruolo di AREU in diversi ambiti, prima di tutto attraverso una funzione di supervisione, indirizzo e promozione di buone pratiche della rete di Pronto Soccorso. AREU assume quindi il ruolo di "Agenzia" nel 2021, rafforzando il suo supporto alla governance e alla rete di Pronto Soccorso. In secondo luogo, il ruolo di AREU si estende alla supervisione dello sviluppo di Uni.CA, che rappresenta un passaggio strategico delicato, coinvolgendo la gestione dei codici minori, la telemedicina e l'integrazione tra Emergenza Urgenza e Continuità Assistenziale.

Per testare queste proposte, è stata attivata la CMI, composta da personale medico esperto di Pronto Soccorso e tecnici di SOREU. La sperimentazione ha coinvolto anche medici specializzandi in Medicina d'Urgenza e infermieri, mirando a migliorare l'appropriatezza degli accessi ai Pronto Soccorso. Durante la fase sperimentale, gestita dal 2022 al 2023, la CMI ha gestito un notevole numero di chiamate, con la maggioranza dei casi conclusi tramite tele-visita o tele-visita seguita da visita domiciliare. La sperimentazione ha evidenziato la necessità di una virtualizzazione dei servizi per i casi minori, con una particolare attenzione alle esigenze degli anziani. Tuttavia, l'implementazione su larga scala di Uni.CA richiede risorse umane dedicate e una diffusione sul territorio per evitare utilizzi inappropriati e garantire un efficace servizio di telemedicina

2) La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale

La Riforma dell'organizzaione della assistenza sanitaria territoriale è regolata dal decreto interministeriale di natura regolamentare del 23 maggio 2022, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022, che ridisegna funzioni e standard del Distretto, definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

Obiettivi della riforma

- Definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.*
- Facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.*
- Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.*

- *Disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.*
- *Allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei.*

Ecco principali contenuti e standard:

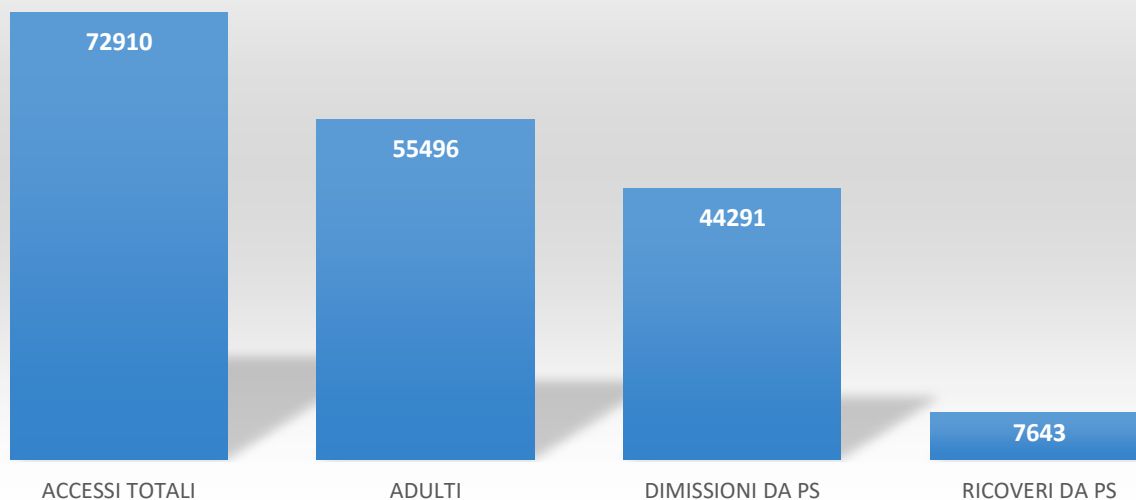
- *Casa della Comunità - Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, almeno 1.038 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione*
- *Centrale operativa 116117 - La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale*
- *Centrale Operativa Territoriale- COT - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza*
- *Infermiere di Famiglia e Comunità - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali*
- *Unità di continuità assistenziale - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa*
- *Assistenza domiciliare - La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. Sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana*
- *Ospedale di comunità - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio*

- *Rete delle cure Palliative - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale*
- *Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza*
- *Telemedicina - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione*

ATTIVITA PRONTO SOCCORSO SAN PAOLO 2023

Il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo di Milano, uno dei due Poli Ospedalieri della ASST Santi Paolo e Carlo, è un DEA di primo livello: nel 2023 ha registrato un totale di 72.910 accessi, di cui 17050 tramite ambulanza e 45789 con mezzi propri. Degli accessi complessivi, 55496 pazienti avevano una età oltre 14 anni (per protocollo interno, afferiscono alla sala visita adulti chi ha 14 anni compiuti). Esclusa la popolazione pediatrica e ginecologica, I ricoveri da Pronto Soccorso sono stati 7643 pari al 13.7% degli accessi totali degli adulti, mentre le dimissioni sono state 44291 (86.3%).

PRONTO SOCCORSO OSPEDALE SAN PAOLO 2023: ACCESSI, DIMISSIONI E RICOVERI



Il dato relativo alla percentuale di pazienti dimessi dal Pronto Soccorso (PS) o dall'Osservazione Breve Intensiva (OBI) senza la necessità di un ricovero ospedaliero è di fondamentale importanza. Questo dato suggerisce non solo l'efficacia del PS nel trattare una vasta gamma di condizioni mediche, ma anche la capacità di fornire un'assistenza appropriata e risolutiva senza la necessità di prolungare il ricovero ospedaliero. Questo è particolarmente significativo in termini di ottimizzazione delle risorse sanitarie e di miglioramento dell'esperienza complessiva del paziente, riducendo al minimo il rischio di complicazioni associate a un ricovero prolungato.

Un ulteriore aspetto rilevante per comprendere appieno le dinamiche del PS e l'importanza della creazione di una rete con i Medici di Medicina Generale (MMG) è rappresentato dalle dimissioni dall'OBI e dai ricoveri in Medicina d'Urgenza (MURG), entrambe aree gestite con lo stesso personale medico e infermieristico del PS. Queste dimissioni, così come i ricoveri in MURG, indicano situazioni in cui i pazienti necessitano di un monitoraggio più attento o di ulteriori trattamenti rispetto alla normale permanenza in PS, senza la necessità di un ricovero ospedaliero tradizionale.

Nel corso dell'anno precedente, ad esempio, è stato registrato che 513 pazienti sono stati dimessi dall'OBI dopo una permanenza media di circa 40-50 ore. Questo tipo di dimissione indica la necessità di un monitoraggio più stretto o di trattamenti aggiuntivi, sottolineando l'importanza di una valutazione accurata e di un follow-up adeguato per garantire la continuità dell'assistenza. Va notato che presso l'Ospedale San Paolo non è presente un'Unità di Cura Subintensiva che potrebbe accogliere pazienti instabili che non possono essere gestiti nei

reparti di degenza ordinaria. Questa carenza di strutture di supporto può portare a un sovraccarico delle risorse esistenti, con un potenziale impatto negativo sulla qualità dell'assistenza fornita.

Il reparto MURG, che ha lo stesso personale medico e infermieristico del PS ed ha la responsabilità di gestire i pazienti che richiedono un livello di cura più elevato ma che non necessitano di ricovero in Terapia Intensiva. Nel corso dell'anno precedente, 344 pazienti sono stati ricoverati in MURG, la maggior parte dei quali presentava complessità clinica e comorbidità che rendevano inadeguata la gestione nei reparti di degenza ordinaria. Questo sottolinea la necessità di un'approccio coordinato e integrato tra le varie strutture ospedaliere per garantire una gestione efficace e appropriata dei pazienti.

Data l'importanza di garantire un adeguato turnover dei letti in MURG, in OBI e in PS, si rende necessario assicurare dimissioni appropriate e, quando possibile, precoci. Inoltre, in casi selezionati, è fondamentale creare una continuità clinica attraverso il passaggio di informazioni tra il medico dimettente e il MMG del paziente. Questo può comportare una comunicazione diretta e dettagliata, andando oltre la semplice documentazione clinica di dimissione presente nel fascicolo sanitario elettronico (FSE), garantendo così una gestione più integrata e personalizzata del paziente.

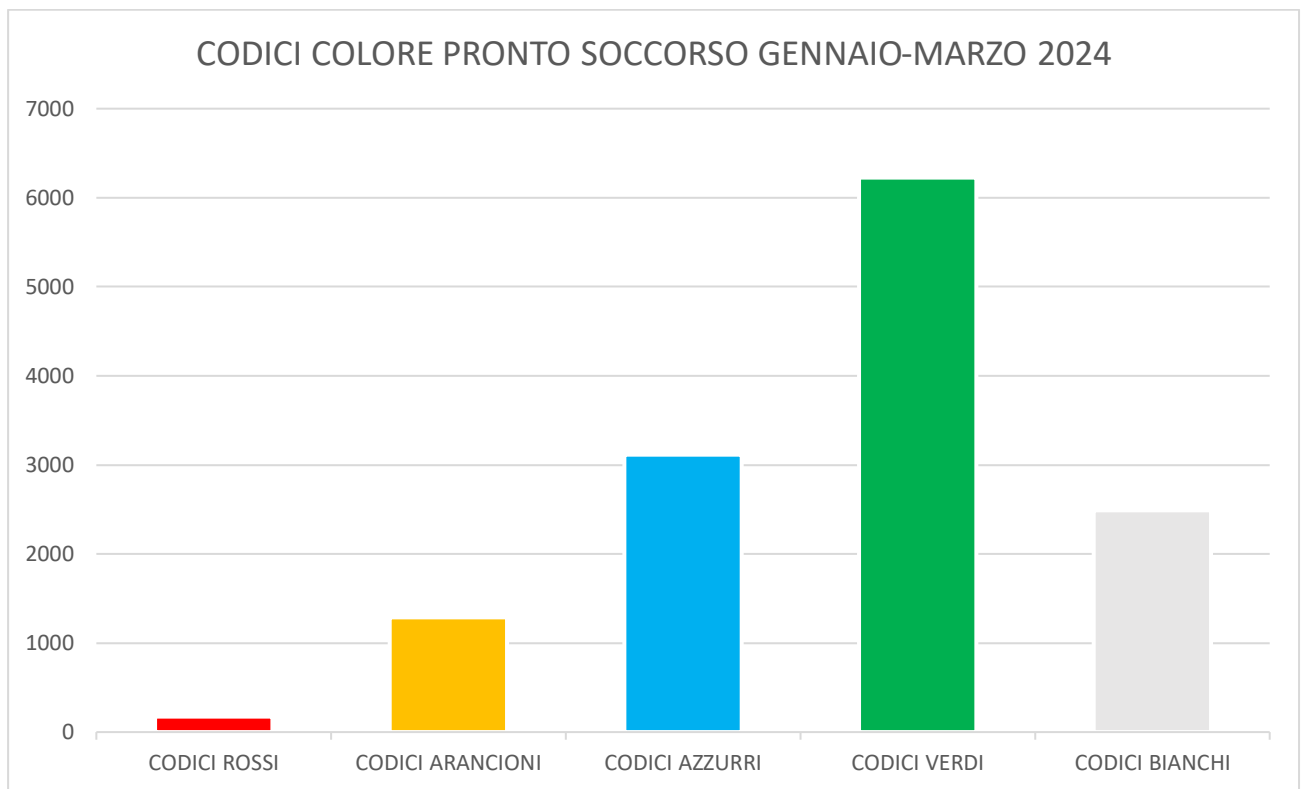
In sintesi, l'analisi dettagliata di questi dati evidenzia l'importanza di una gestione efficace e coordinata dei pazienti tra il PS, l'OBI e la MURG, nonché la necessità di una stretta collaborazione tra i vari attori del sistema sanitario per garantire un'assistenza di qualità e un utilizzo efficiente delle risorse disponibili.

Per analizzare ulteriormente la tipologia di popolazione e la gravità dei casi che accedono al PS San Paolo, prendiamo in considerazione il grafico 2, relativo ai codici colore di accesso dei primi 2 mesi e mezzo (1 gennaio-15 marzo) del 2024: per confrontarli con casistiche simili. Si prende in considerazione questo periodo in quanto nel mese di novembre 2023 sono stati adottati i nuovi codici che modificano i precedenti non solo nel numero, ma anche nel grado di valutazione infermieristica richiesta. In passato, erano utilizzati solo quattro codici di triage: rosso, giallo, verde e bianco: l'introduzione del codice arancione rappresenta un affinamento del sistema di triage, consentendo una migliore distinzione tra le situazioni di emergenza ad alta priorità e quelle di urgenza non vitale. Questo cambiamento può contribuire a ottimizzare l'assegnazione delle risorse e a garantire che i pazienti ricevano cure appropriate in base alla gravità della loro condizione

Per riassumere, attualmente ne esistono 5:

- **Codice rosso:** Rappresenta la massima gravità e richiede un intervento immediato. Il numero di codici rossi, seppur relativamente basso rispetto agli altri codici, indica la presenza di situazioni mediche critiche che richiedono un'attenzione immediata.
- **Codice arancione:** Indica una situazione di emergenza ad alta priorità, ma non immediata come il codice rosso. Il numero di codici arancioni suggerisce una significativa necessità di interventi medici urgenti, sebbene non critici.
- **Codice azzurro:** Si riferisce a una situazione di urgenza non vitale che richiede comunque un trattamento medico. Il numero di codici azzurri riflette un flusso costante di pazienti che necessitano di cure mediche, ma non in condizioni critiche.
- **Codice verde:** Indica una situazione non urgente, in cui il paziente può aspettare per ricevere cure mediche. Il numero relativamente alto di codici verdi suggerisce che una parte significativa degli accessi al Pronto Soccorso potrebbe essere gestita in un contesto meno urgente.
- **Codice bianco:** Utilizzato per pazienti che richiedono cure mediche non urgenti o non emergenti. Il numero di codici bianchi riflette la presenza di pazienti con necessità mediche non critiche, che possono essere trattati con minor priorità rispetto agli altri codici.

Grafico 2:



I dati riguardanti le casistiche del Pronto Soccorso (PS) mostrano una tendenza simile ad altre realtà, con le emergenze-urgenze che rappresentano circa il 10% del totale dei pazienti (suddivisi tra codici rosso e arancione): è importante comprendere appieno l'impatto di questa suddivisione sulla dinamica operativa del PS.

La missione fondamentale del PS è quella di valutare tutti i pazienti in arrivo, prioritizzandoli in base alla gravità del caso. Sebbene i codici maggiori rappresentino una quota inferiore rispetto al totale dei pazienti, richiedono un maggiore impiego di risorse sia in termini di personale medico e infermieristico che di tempo di gestione.

Questi pazienti, che richiedono una valutazione e una gestione più approfondite, rappresentano una parte significativa della dinamica quotidiana del PS. Le loro condizioni richiedono interventi immediati e specializzati, il che significa che il personale medico e infermieristico deve essere prontamente disponibile e altamente competente per garantire una risposta tempestiva ed efficace.

Inoltre, è importante considerare il peso psicologico ed emotivo che questi casi possono avere sul personale del PS. La gestione di pazienti in condizioni critiche o potenzialmente vitali può essere estremamente stressante e impegnativa, e il personale del PS deve essere adeguatamente preparato e supportato per affrontare queste sfide.

L'analisi dei dati sulle casistiche del PS non dovrebbe limitarsi alla semplice quantificazione dei pazienti classificati con codici maggiori, ma dovrebbe includere anche una valutazione approfondita delle risorse necessarie per gestire efficacemente queste emergenze. Ciò include una pianificazione attenta delle risorse umane e logistiche e l'implementazione di protocolli e procedure specifiche per garantire una risposta rapida ed efficiente a situazioni di emergenza (PEMAF).

In conclusione, mentre i dati sulle casistiche del PS forniscono preziose informazioni sulla distribuzione dei pazienti in base alla gravità del caso, è fondamentale andare oltre la mera quantificazione e comprendere appieno l'impatto di questa suddivisione sulla dinamica operativa e sulle risorse necessarie per garantire un'assistenza di qualità a tutti i pazienti che accedono al servizio di emergenza

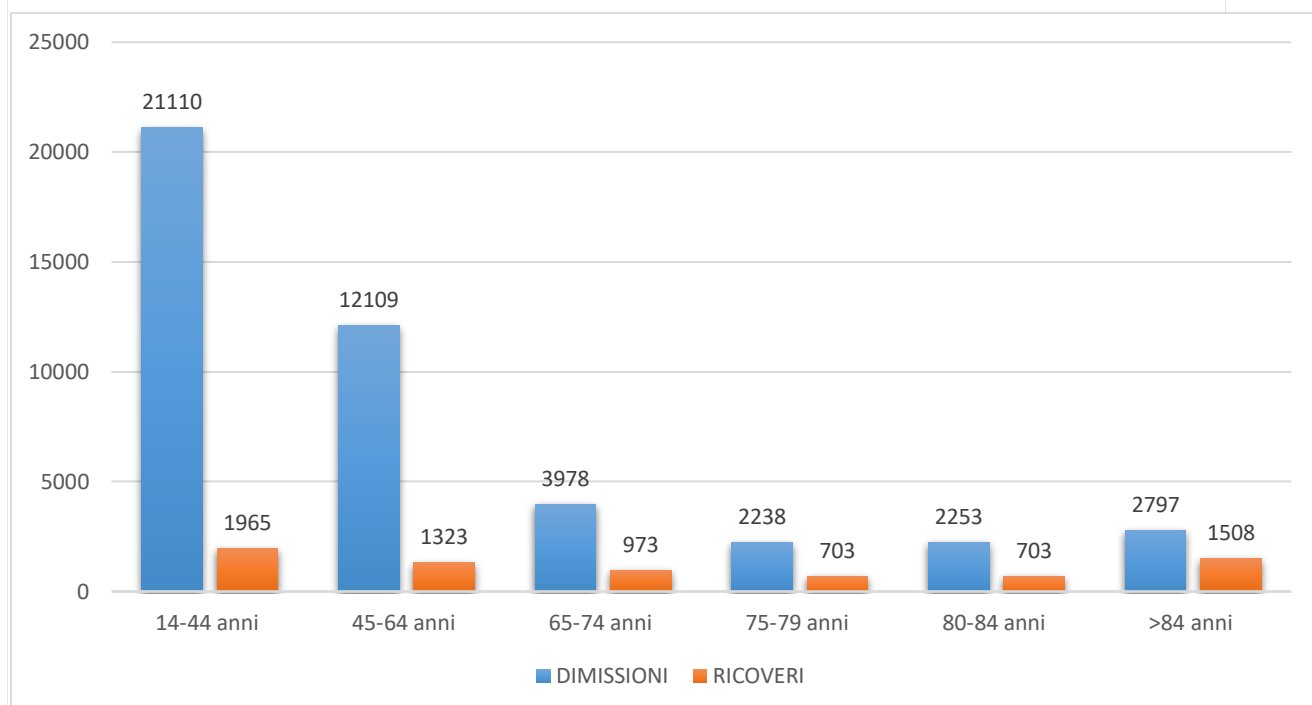
Un altro dato rilevante è l'analisi delle fasce d'età dei pazienti che accedono, divisi per numero di ricoveri e di dimissioni, che rivela un quadro interessante della distribuzione delle necessità mediche nella popolazione.

--

<i>Colonna1</i>	<i>Colonna2</i>	<i>Colonna3</i>
	<i>DIMISSIONI</i>	<i>RICOVERI</i>
<i>FASCE ETA'</i>		
<i>14-44 aa</i>	<i>21110 (47.4%)</i>	<i>1965 (27.3%)</i>
<i>45-64 aa</i>	<i>12109 (27.2%)</i>	<i>1323 (18.4%)</i>
<i>65-74 aa</i>	<i>3978 (8.9%)</i>	<i>973 (13.5%)</i>
<i>75-79 aa</i>	<i>2238 (5%)</i>	<i>703 (9.7%)</i>
<i>80-84 aa</i>	<i>2253 (5.1%)</i>	<i>703 (9.7%)</i>
<i>>84 aa</i>	<i>2797 (6.2%)</i>	<i>1508 (21.1%)</i>
<i>TOTALE</i>	<i>44485</i>	<i>7175</i>

L'analisi delle casistiche rivela una tendenza chiara e scontata: all'aumentare dell'età, soprattutto tra coloro che hanno più di 65 anni, si registra una maggiore necessità di ricovero ospedaliero rispetto ai giovani adulti. Questo fenomeno è particolarmente evidente nella fascia di età oltre i 75 anni, che rappresenta il 16.3% del totale degli accessi ma costituisce ben il 40.5% del totale dei ricoveri. Ancora più significativo è il dato relativo alla fascia oltre gli 80 anni, dove il 43.7% del totale degli accessi di pari età richiede un ricovero ospedaliero. Questo fenomeno è il risultato di una serie di fattori complessi.

Grafico 3.



Innanzitutto, la presenza di condizioni mediche acute su basi croniche è comune tra gli anziani, il che richiede un monitoraggio costante e cure specializzate difficilmente gestibili nel contesto domiciliare. Inoltre, le sfide sociali e familiari, come la mancanza di supporto familiare o l'accesso limitato ai servizi di assistenza domiciliare, possono rendere ancora più difficile la gestione dei pazienti anziani con molteplici comorbidità. Questi fattori contribuiscono alla necessità di un ricovero ospedaliero per garantire un trattamento adeguato e una sorveglianza continua.

Il confronto tra l'istogramma dei pazienti dimessi e dei pazienti ricoverati in base alle fasce di età, evidenziato nel grafico 3, rende ancora più evidente la complessità della situazione. La crescente necessità di ricovero ospedaliero con l'avanzare dell'età sottolinea l'importanza di

garantire un'adeguata disponibilità di posti letto ospedalieri, in particolare nell'ambito della medicina generale, per gestire le esigenze dei pazienti anziani con condizioni complesse.

È importante notare che negli ultimi anni la disponibilità di posti letto ospedalieri di degenza ordinaria, soprattutto nell'area medica, è stata progressivamente ridotta. Questo fenomeno rende ancora più critica la necessità di disporre di alternative per la dimissione nel territorio con setting appropriati, soprattutto per i pazienti complessi. Garantire un adeguato turnover dei posti letto è fondamentale per garantire una gestione efficiente delle risorse ospedaliere e una risposta tempestiva alle esigenze dei pazienti.

Inoltre, è essenziale adottare modalità efficaci di trasmissione delle consegne tra il medico del PS/Osservazione Breve Intensiva (OBI) e il Medico di Medicina Generale (MMG). Questo momento critico rappresenta una fase fondamentale nella gestione dei pazienti dimessi da queste strutture, soprattutto quando si tratta di individui con molteplici patologie o quadri clinici complessi. La sola cartella di dimissione consultabile sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), spesso non è sufficiente a fornire tutte le informazioni necessarie al MMG per garantire una gestione integrata e appropriata del paziente.

In sintesi, l'analisi dettagliata delle casistiche del PS sottolinea l'importanza di una gestione oculata e integrata dei pazienti anziani con condizioni complesse. Questo richiede un approccio multidisciplinare e una stretta collaborazione tra le varie figure professionali coinvolte, al fine di garantire un'assistenza di qualità e una gestione ottimale delle risorse disponibili nel contesto ospedaliero e territoriale.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI:

Il Project Work propone un percorso sperimentale finalizzato a migliorare la transizione del paziente tra il Pronto Soccorso (PS) o l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e il Medico di Medicina Generale (MMG), garantendo un trasferimento di responsabilità efficace, una continuità assistenziale ottimale e una maggiore sicurezza per il paziente e i suoi familiari. Tuttavia, affronta alcune criticità principali che necessitano di attenzione e intervento.

Innanzitutto, la mancanza di procedure codificate per il passaggio di consegne diretto tra il medico dimettente del PS/OBI e il MMG rappresenta un ostacolo significativo. Attualmente, a parte l'invio della documentazione sul fascicolo sanitario, non sono previsti protocolli o strumenti specifici per garantire una comunicazione efficace e completa tra i due professionisti. Questo può comportare una perdita di informazioni cruciali e una discontinuità nella gestione del paziente una volta trasferito al MMG.

Un'altra criticità importante è rappresentata dalla bassa confidenza dei medici del PS nella dimissione del paziente stabilizzato ma con necessità di controlli a breve. Spesso i medici ospedalieri, a causa di una scarsa familiarità con la gestione dei MMG nel territorio, tendono

a procrastinare le dimissioni fino alla completa stabilizzazione del quadro clinico. Tuttavia, questa prassi può causare un prolungamento non necessario del ricovero ospedaliero, quando il paziente potrebbe essere gestito in modo appropriato a domicilio o nel territorio con il supporto del MMG.

Una terza criticità riguarda la difficoltà per il paziente di accettare l'atto della dimissione e il ritorno al domicilio. Spesso si osserva una sorta di "preferenza dell'ospedalizzazione" da parte del paziente e dei suoi familiari, anche quando il quadro clinico è stabile o in miglioramento. Questo può essere dovuto a una percezione di maggiore sicurezza e comfort nell'ambiente ospedaliero, nonostante il rischio di complicanze associate a un prolungamento non necessario della permanenza in ospedale.

Infine, la scarsa conoscenza reciproca tra medici del PS e MMG rappresenta un ulteriore ostacolo alla collaborazione e alla continuità assistenziale. Questo paradosso deriva da una mancanza di comunicazione e coordinazione tra le due figure chiave del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che spesso operano in realtà lavorative distanti e contrastanti. Questa mancanza di collaborazione può compromettere la trasmissione delle informazioni cruciali e la gestione integrata del paziente tra il contesto ospedaliero e territoriale.

Per affrontare queste criticità, il Project Work propone l'implementazione di procedure standardizzate per il passaggio di consegne tra il PS/OBI e il MMG, garantendo una comunicazione efficace e una condivisione completa delle informazioni cliniche. Inoltre, si suggerisce di promuovere la formazione e la sensibilizzazione dei medici ospedalieri e dei MMG sull'importanza della gestione integrata del paziente e sulla collaborazione interprofessionale.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

La popolazione coinvolta nel progetto è dei pazienti di età maggiore di 18 anni, dimessi da dal PS o dall'OBI del Polo Ospedaliero San Paolo, Milano, stabilizzati e con caratteristiche cliniche e/o socioassistenziali particolari, protocollate e concordate con i medici MMG: il passaggio di consegne avverrà alla dimissione del paziente, quando oltre all'invio per via telematica della documentazione completa sul fascicolo sanitario personale, al MMG arriverà anche una scheda definita "scheda di consegna" (vedi allegato 1). Il medico MMG così potrà avere una informativa essenziale ma specifica delle necessità nel breve termine del paziente in modo che possa organizzare nel breve una rivalutazione e monitorare anche a distanza l'andamento del quadro.

Certamente, anche l'ASST trarrà vantaggio dal progetto in diversi modi. Uno dei principali benefici sarà la riduzione dei rientri in Pronto Soccorso di pazienti che sono stati dimessi dopo aver ricevuto cure più appropriate e meglio gestite a livello territoriale. Inoltre, la diminuzione dei rientri in Pronto Soccorso potrebbe contribuire a migliorare la continuità delle cure per i pazienti, riducendo il rischio di complicazioni legate a condizioni mediche non trattate adeguatamente o a follow-up insufficienti. Questo, a sua volta, potrebbe portare a una migliore salute a lungo termine per i pazienti e a una riduzione dei costi sanitari associati a complicazioni evitabili. Infine, l'ASST potrebbe beneficiare anche da un'ottimizzazione delle risorse e da una maggiore collaborazione tra i vari settori della sanità, favorendo un approccio più integrato e coordinato alla gestione dei pazienti.

METODOLOGIA ADOTTATA

Il percorso prevede che, una volta stabilita la dimissibilità del paziente dal Pronto Soccorso o dall'OBi perchè raggiunta la stabilizzazione del quadro clinico, secondo i protocolli standard aziendali e le linee guida interne, in casi selezionati e concordati preventivamente con i MMG) per patologia acuta e/o per le comorbdiità, venga compilata ed inviata online sulla mail aziendale una scheda per segnalare le criticità che il paziente presenta. Questo affinché il MMG sia messo a conoscenza in tempo immediato che un suo paziente con caratteristiche particolari, venga dimesso dall'ospedale e quali siano le sue necessità cliniche e di monitoraggio. Al fine di evitare che tali criticità siano di difficile gestione per il MMG, sarà indispensabile che il medico ospedaliero dimettente segua scrupolosamente i protocolli di stabilizzazione. La scheda inviata al MMG include alcuni punti qui riassunti:

motivo della dimissione

terapia in corso

terapia abituale modificata

suggerimenti per il monitoraggio sul territorio

se necessario, l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e/o dell'assistenza sociale.

In questo modo, oltre alla cartella clinica presente sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il MMG riceverà un riassunto delle principali necessità cliniche del paziente dimesso: questo flusso di informazioni è analogo a quanto accade in ospedale al momento del passaggio di consegne tra i medici al cambio dei turni. Questo consentirà al MMG di prendere decisioni più informate e tempestive riguardo alla gestione clinica ed al monitoraggio necessari.

Dopo l'invio della scheda, la responsabilità di determinare il modo ottimale per il monitoraggio del paziente sarà a carico del MMG. Tenendo conto del quadro clinico e delle specifiche problematiche del singolo paziente, il MMG potrebbe valutare l'opportunità di contattare il paziente telefonicamente per concordare un controllo clinico presso l'ambulatorio o direttamente al suo domicilio. In alternativa, potrebbe prendere in considerazione l'opzione di

far eseguire eventuali accertamenti ematici o specialistici presso la Casa della Comunità, con una successiva rivalutazione dei pazienti in loco. È fondamentale che il MMG tenga conto delle necessità individuali del paziente e dell'evoluzione del suo quadro clinico al momento della presa di decisione. L'approccio al monitoraggio dovrebbe essere flessibile e adattabile alle esigenze specifiche del caso, garantendo al contempo un'efficace gestione del percorso di cura post-dimissione. Nel caso in cui si opti per un controllo clinico, il MMG dovrebbe garantire che sia programmato in tempi congrui rispetto alla dimissione del paziente, al fine di monitorare attentamente il suo stato di salute e intervenire prontamente in caso di necessità. Inoltre, è importante che il MMG sia disponibile a fornire al paziente e ai suoi familiari tutte le informazioni necessarie riguardo alle modalità di accesso ai servizi sanitari e al supporto disponibile nel periodo post-dimissione. La Casa della Comunità, se utilizzata per gli accertamenti specialistici, dovrebbe garantire un ambiente accogliente e confortevole per il paziente, facilitando così la sua partecipazione attiva al percorso di cura. Inoltre, il MMG dovrebbe collaborare strettamente con il personale della struttura per assicurare un coordinamento efficace delle attività e una corretta interpretazione dei risultati degli accertamenti.

Qualora il MMG non partecipasse al progetto, nelle medesime situazioni cliniche e/o assistenziali per cui verrebbe inviata la scheda di segnalazione, sarà attivato entro circa 24 ore, un servizio di telemedicina organizzato dai medici dimettenti del PS/OBI dell'Ospedale San Paolo: in questo modo sarà garantito un contatto di controllo con il paziente, che permetterebbe eventualmente di attivare l'assistenza medico e/o infermieristica al domicilio del paziente, attraverso le COT delle Case della Comunità. In ogni caso, si farà in modo che il MMG sia aggiornato della tipologia di monitoraggio attivato, al fine di facilitarne comunque la partecipazione al progetto.

IMPLETAZIONE DEL PROCESSO:

Al fine di implementare il progetto, sono previste diverse fasi preliminari e svolte in itinere, che coinvolgono un confronto costante tra i medici ospedalieri e i Medici di Medicina Generale (MMG). Questa iniziativa rappresenta un'innovazione significativa rispetto alla consueta routine di lavoro delle due figure mediche, che tradizionalmente prevede pochi momenti di confronto clinico sulle problematiche dei pazienti. L'obiettivo è instaurare un dialogo continuo che favorisca lo scambio di conoscenze e migliori le competenze nella gestione clinica da parte sia dei medici ospedalieri che dei MMG. Finora è stato organizzato un primo incontro di presentazione con alcuni MMG rappresentanti del territorio. Tuttavia, al momento si sono registrati solo consensi formali e non effettivi. Dato che l'implementazione di questo progetto comporterebbe modifiche significative nella gestione quotidiana del lavoro da parte dei MMG, è necessario prevedere la ripetizione frequente di tali incontri. Durante queste fasi preliminari e svolte in itinere, si mira a consolidare una collaborazione efficace tra i medici ospedalieri e i MMG, al fine di migliorare la continuità assistenziale e ottimizzare l'assistenza fornita ai pazienti. In questo contesto, sarà fondamentale identificare le migliori pratiche e condividere

le esperienze cliniche al fine di garantire una gestione integrata e coerente dei casi clinici. Il confronto costante tra i medici ospedalieri e i MMG consentirà di affrontare in modo più tempestivo e efficace le problematiche cliniche dei pazienti, riducendo il rischio di errori di comunicazione e garantendo una migliore gestione delle cure post-dimissione. Si prevede che questo approccio favorirà anche lo sviluppo di protocolli di cura condivisi e l'adozione di linee guida comuni, contribuendo così a migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria. È importante sottolineare che il successo di questo progetto dipenderà in larga misura dall'effettiva partecipazione e collaborazione attiva da parte di entrambe le figure mediche coinvolte. Sarà necessario promuovere un clima di fiducia e apertura al dialogo, incoraggiando lo scambio di opinioni e il confronto costruttivo su temi clinici e organizzativi. L'implementazione di questo progetto rappresenta quindi un importante passo avanti verso un modello di assistenza sanitaria più integrato e orientato al paziente.

INDICATORI

Gli indicatori previsti per monitorare il processo di attivazione sono:

- 1) Numero di schede inviate al MMG del paziente dimessi*
- 2) Numeri di rientri nei due presidi ospedalieri della ASST Santi Paolo e Carlo del paziente entro 96 ore per il medesimo motivo del precedente: quanti dimessi con o senza la scheda di consegna al MMG e quanti pazienti rientrati con autopresentazione e quanti su indicazione del MMG*
- 3) Numero di complicanze maggiori entro 96 ore per il medesimo motivo di dimissione (valutato in base a: necessità di ricovero in OBI, reparto ordinario, in Terapia Intensiva o exitus)*
- 4) Numero di attivazione da parte del MMG dei servizi della Casa di Comunità attraverso la COT*
- 5) Numero di attivazioni del servizio di assistenza sociale per la gestione al domicilio del paziente dimesso con la scheda di consegna*
- 6) Numero di contatti dei pazienti attraverso il dispositivo di telemedicina, concordato con la Direzione Sanitaria*

TEMPISTICHE :

Il percorso delineato per l'implementazione del progetto si sviluppa attraverso quattro fasi distinte, ciascuna delle quali mira a garantire un'attuazione graduale e coordinata delle attività coinvolte.

La prima fase, che va dal 1 marzo al 1 aprile ed è focalizzata sulla definizione del percorso in collaborazione con i medici MMG responsabili del Distretto 5 del Comune di Milano, che è affiliato al Polo Ospedaliero San Paolo. Durante questo periodo, verranno stabiliti i dettagli

operativi e organizzativi del progetto, compresi gli obiettivi specifici, le modalità di collaborazione e le aspettative reciproche tra le parti coinvolte. Questa fase iniziale è cruciale per garantire una base solida su cui costruire il successo delle fasi successive.

La seconda fase, che si estende dal 1 aprile al 15 settembre, segna l'avvio della fase sperimentale del progetto, coinvolgendo i MMG che hanno volontariamente aderito alla sperimentazione. Durante questo periodo, verranno raccolti dati e feedback dai partecipanti per valutare l'efficacia delle nuove procedure e identificare eventuali aree di miglioramento. Sarà fondamentale garantire un monitoraggio attento e una valutazione continua delle prestazioni per ottimizzare l'implementazione del progetto.

La terza fase, che inizia il 15 settembre, segna un momento di espansione del progetto, coinvolgendo tutti i MMG del Distretto 5. Questo rappresenta un passo significativo verso una piena integrazione delle nuove pratiche nell'ambito sanitario locale. Durante questa fase, sarà essenziale fornire supporto e formazione aggiuntiva ai medici coinvolti per garantire una transizione fluida e un'adozione diffusa delle migliori pratiche identificate nella fase sperimentale.

Infine, l'ultima fase del percorso, anch'essa a partire dal 15 settembre, prevede l'estensione del medesimo percorso anche al Distretto 6, che è affiliato al Polo Ospedaliero San Carlo. Questa fase conclusiva testimonia l'espansione del progetto oltre i confini iniziali, consentendo una maggiore copertura territoriale e una più ampia adozione delle migliori pratiche identificate. Durante questo periodo, sarà fondamentale garantire una comunicazione efficace e una collaborazione stretta tra tutti gli attori coinvolti per massimizzare l'impatto del progetto.

In sintesi, le tempistiche del percorso sono state attentamente pianificate per garantire una transizione graduale e ben coordinata verso l'implementazione completa delle nuove pratiche nell'ambito sanitario locale. Attraverso un approccio iterativo e orientato ai risultati, si mira a ottenere un impatto significativo sull'efficienza e la qualità dell'assistenza fornita, migliorando così l'esperienza complessiva del paziente e garantendo una gestione ottimale delle risorse sanitarie

Con la fase 2, si attiverà la modalità di contatto con il paziente attraverso un dispositivo online per telemedicina, da utilizzare nei casi in cui il MMG del paziente non partecipi al progetto: il contatto sarà effettuato circa a 24 ore dai medici del PS/OBI.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Il progetto si basa principalmente sull'organizzazione della check list e sulla formazione del personale medico e infermieristico e sul contatto con i MMG : non ci saranno in ogni caso costi

aggiuntivi. Inoltre, si prevede che l'attuazione del progetto porti a una riduzione tangibile della complessità nella gestione dei casi clinici dei pazienti dimessi dal Pronto Soccorso/Osservazione Breve Intensiva (PS/OBI). L'organizzazione della check list richiederà un'analisi dettagliata dei requisiti e un impegno nella sua progettazione e implementazione. Il coinvolgimento degli stakeholder sarà cruciale in questa fase, assicurando un'ampia comprensione dei processi e un consenso sulle migliori pratiche da adottare.

La formazione del personale medico e infermieristico rappresenterà un'altra componente fondamentale del progetto. Sarà necessario sviluppare programmi formativi mirati che coprano una vasta gamma di competenze, dall'uso della check list alla gestione dei casi clinici complessi, coinvolgendo sempre i MMG in tali incontri. Questi programmi potrebbero includere sessioni di formazione in aula, simulazioni pratiche e affiancamento sul campo, garantendo un'apprendimento completo e integrato.

Il dispositivo per i contatti per la telemedicina sono già disponibili in azienda.

Gli investimenti in formazione e organizzazione della check list dovrebbero tradursi in un notevole risparmio a lungo termine, grazie alla maggiore efficienza e alla riduzione degli errori.

RISULTATI ATTESI

Il project work proposto porta con sé una serie di vantaggi tangibili che potrebbero rivoluzionare l'efficienza e la qualità dell'assistenza sanitaria. Tra questi, si possono individuare diversi benefici che impattano direttamente sull'esperienza del paziente e sull'ottimizzazione delle risorse sanitarie.

Uno dei principali vantaggi attesi è la riduzione dei prolungamenti di ricovero nel Pronto Soccorso/Osservazione Breve Intensiva (PS/OBI) di pazienti stabilizzati con indicazione a rivalutazione clinica e del monitoraggio dei parametri a breve. Questa riduzione dei tempi di permanenza può avere un impatto significativo sia sulla qualità dell'assistenza fornita, garantendo una gestione più efficiente dei pazienti, sia sull'ottimizzazione delle risorse ospedaliere, liberando posti letto per pazienti che ne hanno maggiore necessità.

Inoltre, il project work mira a migliorare la conoscenza reciproca tra i medici del Pronto Soccorso (PS) e i Medici di Medicina Generale (MMG). Questo è un elemento cruciale considerato da tempo uno dei fattori più fragili del Servizio Sanitario Nazionale. La facilitazione del contatto diretto tra i clinici attraverso questo progetto consentirebbe un confronto più rapido e mirato sui casi clinici specifici, consentendo una gestione più efficace delle situazioni complesse e una maggiore coerenza nelle decisioni terapeutiche.

Un altro vantaggio rilevante è la facilitazione della rivalutazione clinica nel territorio da parte del MMG e la riduzione della possibile "dispersione" del paziente dimesso. Questo è particolarmente importante per garantire un follow-up appropriato dopo il ricovero in PS/OBI, evitando che i pazienti si perdano tra le maglie del sistema sanitario e che le condizioni di salute possano deteriorarsi nuovamente senza un adeguato monitoraggio.

Inoltre il project work si propone di ridurre i rientri a breve in PS per la stessa patologia. Questo è un obiettivo cruciale per migliorare la continuità dell'assistenza e prevenire ricadute evitabili. Attraverso una migliore coordinazione tra i vari attori del sistema sanitario, compresi i medici di base e quelli ospedalieri, si mira a garantire un follow-up adeguato e tempestivo per i pazienti dimessi, riducendo così la necessità di ricoveri ripetuti per lo stesso problema di salute.

Infine, il progetto mira a ottenere benefici tangibili nella gestione dei casi clinici dei pazienti dimessi dal PS/OBI. La semplificazione dei processi e l'implementazione di strumenti come la check list dovrebbero ridurre al minimo i rischi di errori e migliorare la coerenza nelle pratiche mediche. Questo non solo porta a una maggiore soddisfazione del paziente, ma anche a una riduzione dei costi associati a complicazioni evitabili e a una migliore allocazione delle risorse sanitarie.

CONCLUSIONI.

Il progetto si inserisce pienamente nella "medicina di iniziativa" proponendosi di ottimizzare l'efficienza e la qualità dell'assistenza sanitaria, attraverso un'attenta pianificazione e l'implementazione di strumenti e programmi formativi mirati. Pur richiedendo un investimento iniziale in termini di formazione, ci si aspetta che i benefici a lungo termine superino ampiamente tali sforzi, portando a un sistema sanitario più resiliente e orientato al paziente

In conclusione, il project work proposto non solo offre una serie di vantaggi immediati in termini di ottimizzazione delle risorse e miglioramento dell'assistenza sanitaria, ma anche un potenziale impatto a lungo termine sulla sostenibilità del sistema sanitario nel suo complesso. Investire in iniziative come questa può portare a una maggiore efficienza, una migliore qualità dell'assistenza e, ultimamente, a una migliore salute e benessere per tutti i pazienti.

ALLEGATO

Scheda per MMG

'Progetto consegne tra medico di PS/OBI ed il MMG per pazienti dimessi dal Pronto Soccorso o dall'OBI Ospedale San Paolo stabilizzati con indicazione a rivalutazione e monitoraggio a breve

DATA DIMISSIONE: _____

COGNOME _____ E _____ NOME _____ PAZIENTE _____ DIMESSO: _____

DATA DI NASCITA: _____

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> SCOMPENSO DIABETICO |
| <input type="checkbox"/> POLMONITE | <input type="checkbox"/> DOLORE ADDOME NAS |
| <input type="checkbox"/> SCOMPENSO CARDIACO. | <input type="checkbox"/> COLICA BILIARE |
| <input type="checkbox"/> FIBRILLAZIONE ATRIALE | <input type="checkbox"/> OCCLUSIONE INTESTINALE |
| <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA | <input type="checkbox"/> RITENZIONE ACUTA URINE |
| <input type="checkbox"/> INFEZIONE VIE URINARIE | <input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RENALE ACUTA |
| <input type="checkbox"/> ENTERITE | <input type="checkbox"/> FRACTURA ISCHIO PUBICA |

ALTRO: SPECIFICARE: _____

TERAPIA _____ AGGIUNTA _____ O _____ SOSPESA _____ ALLA _____ DIMISSIONE: _____

MONITORAGGIO CONSIGLIATO: A PA FC sO2

ALTRO _____

VISITE AMBULATORIALI RICHIESTE: CARDIOLOGICA EUMO PATOLOGICA

NEURO.

ALTRO: _____

ACCERTAMENTI GIA' RICHIESTI A BREVE: RX _____ EMATICI

TAC _____ ALTRO: _____

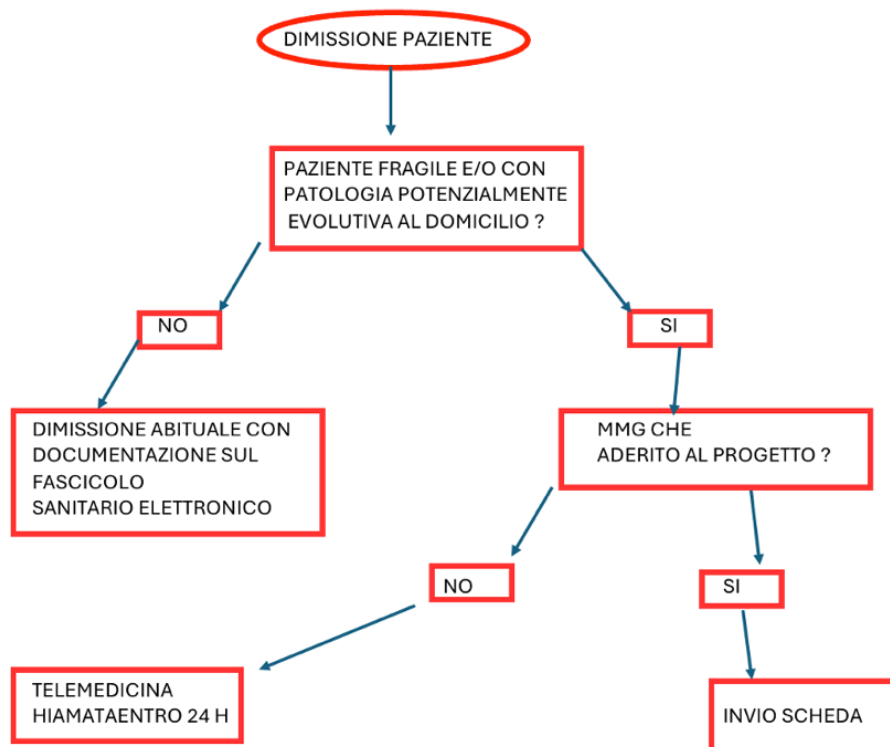
ATTIVAZIONE ADI E/O S. SOCIALI SI NO

SE SI DA QUANDO E PER COSA _____

MEDICO DIMETTENTE: _____

PER CONTATTI: 0281842134: INF. ANNA LONGO, DR. LIVIO COLOMBO

FLOW CHART PROTOCOLLO DIMISSIONI



BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI :

- 1) *Rapporto OASI 2023: Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, Università Bocconi*
- 2) *PNRR: Gazzetta Ufficiale n.94 21 aprile 2023*
- 3) *Why do people choose Emergency Department and Urgent Care Services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis; E. Coster et al. Acad. Emerg.Med. 2017, 24(9):1137-1149*
- 4) *Baier et al. Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands-Analyzing organization, payment and reforms. N.Baier et al. Health Policy 2019 JN;123(1) 1-10*
- 5) *DGR n.XII/1203 del 31/10/2023 "Approvazione della proposta di Progetto di legge "Bilancio di previsione 2024-2026" e del relativo documento tecnico"*

