



Pronto Soccorso e Territorio

“LA POLITICA È SERVIZIO, RENDERSI DISPONIBILI E DARE LE PROPRIE ENERGIE E COMPETENZE PER LA COLLETTIVITÀ. SE VOGLIAMO CHE QUALCOSA CAMBI, BISOGNA CHE LE PERSONE ONESTE, ANCORA MEGLIO SE GIOVANI, FACCIANO POLITICA, SI IMPEGNINO IN PRIMA PERSONA”.

(Antonino CAPONNETTO)

È con questo spirito che nasce “**ParteciPalermo**”.

I membri del Comitato, ciascuno con le proprie esperienze in differenti ambiti, condividono un convincimento “comune”: perché “qualcosa cambi” è necessario esserci, partecipare. È urgente coinvolgere sempre di più la cittadinanza. Solo una cittadinanza attenta, una cittadinanza attiva potrà essere vigile e garantire che quanto avvenuto in questi anni nella nostra città non avvenga mai più.

Vista la disponibilità dell'Assessore alla Sanità dott.^{ssa} Lucia Borsellino ad incontrare il territorio e viste le criticità che ci sono state rappresentate da più parti che hanno come oggetto il Servizio di Pronto Soccorso, il comitato **ParteciPalermo** ha stimolato un percorso assieme ad un gruppo di medici e operatori sanitari che direttamente o indirettamente operano all'interno delle Unità di Pronto Soccorso. Un percorso di analisi del servizio e di possibili proposte che possano migliorare e ottimizzare le professionalità all'interno delle strutture di Pronto Soccorso stesso.

Dopo diversi incontri e dopo avere ascoltato numerosi operatori si è giunti al seguente documento che viene così sintetizzato:

Principali criticità che inibiscono l'ottimizzazione funzionale del Pronto Soccorso:

- a. **Eccessivo intasamento delle unità di Pronto Soccorso** da parte dei così detti “Codici Bianchi e/o Verdi” che non versano in precarie condizioni di salute e che pertanto possono essere gestiti da un Ambulatorio di Pronto Soccorso o Presidi Territoriali già esistenti;
- b. **Accesso improprio nelle Unità di Pronto Soccorso** da parte del Cittadino-Paziente: da quando si verifica l’evento “emergenza” fino a quando non si giunge al Pronto Soccorso, il Cittadino-Paziente in autodiagnosi ritiene che il Pronto Soccorso è l’unico presidio capace di gestire il proprio evento “Emergenza”; anche se poi questa non rientra nei casi di reale intervento di

“emergenza di Pronto Soccorso”.

- c. Evidente e costante massiccio **aumento di casi pediatrici durante i fine settimana**: i Medici di Famiglia (Pediatri) il sabato e la domenica non hanno studio, questo fa riversare nelle strutture dei Pronto Soccorso e nei fine settimana tutte quelle patologie che possono essere facilmente gestite dal Pediatra di Famiglia.
- d. **Mancanza di condivisione di informazioni tra le diverse unità ospedaliere, a causa di numerosi e differenti sistemi di raccolta dati**:

si vogliono evidenziare due esperienze tipo dove il medico ripete la TAC a un paziente trasportato in elisoccorso solo perché dal luogo della partenza ci si dimentica di corredare il trasporto della diagnosi e del supporto fisico che accerti la diagnosi.

In altri casi il Medico è costretto a ripetere anche un semplice esame di sangue come è successo a un bambino che viene soccorso presso una struttura ospedaliera non dedicata a lui, effettua un primo screening diagnostico per poi essere trasportato con propri mezzi presso l'ospedale a lui dedicato. Giunto nel presidio Ospedaliero di riferimento non ha con sé l'esame diagnostico; risulta necessario ripetere il prelievo di sangue.

- e. **Carente campagna di sensibilizzazione** sull'uso corretto delle Unità di Pronto Soccorso rispetto ai Presidi Territoriali già esistenti a causa di una “cattiva” gestione dell'informazione stessa.

Proposte possibili:

- a. **Individuare e regolamentare le esatte patologie che identificano con certezza il “Codice Bianco”**: permettere una migliore identificazione con appropriate linee guida che identificano con chiarezza l’Emergenza Sanitaria rispetto a ciò che può più serenamente essere gestito da Medici e Pediatri di Famiglia.

La patologia del Cittadino-Paziente che giunge nell'unità di Pronto Soccorso secondo le linee guida deve essere applicata in maniera eguale in tutto il territorio con unicità di interpretazione;

- b. **I P.P.I (Punti di Primo Intervento)**, devono potere stare all'interno delle Unità di Pronto Soccorso per gestire i “Codici Bianchi” e/o i “Codici Verdi” che non necessitano di intervento di urgenza, sgravando e permettendo agli operatori di Pronto Soccorso di gestire al meglio i “Codici Rossi e Gialli”;
- c. **Separare fisicamente le due aree di Pronto Soccorso e P.P.I. (Punti di Primo Intervento)**, così come già citato alla nota “b) Accesso improprio nelle Unità di Pronto Soccorso”, benché queste devono sussistere all'interno della stessa struttura, almeno nelle grandi città.

In questo modo si può educare il Cittadino-Paziente all'uso corretto del Pronto Soccorso (Area di Emergenza) rispetto ai P.P.I. (Punti di Primo Intervento).

E ancora, i “Codici Bianchi” sono tali solo dopo essere stati valutati attentamente da personale addetto e non prima: meglio affiancare ai P.P.I.

ospedalieri gli AMBULATORI aperti nei prefestivi e festivi, poiché la gente è abituata a fruire degli ambulatori in modo corretto.

Pertanto quando il Cittadino-Paziente si riversa nelle unità di Pronto Soccorso può avere a sua disposizione un servizio ad ampio specchio capace di gestire al meglio, velocemente e senza ulteriori spese aggiuntive (sul Sistema Sanitario Nazionale e Regionale) la patologia che di volta in volta vi si presenta.

d. **Permettere e garantire l'apertura degli studi dei pediatri di base anche nei fine settimana e/o potenziare il numero delle unità pediatriche nei Pronto Soccorso;**

e. **Cartella Sanitaria Informatica:** è necessario non solo un supporto informatico come la Tessera Sanitaria capace di portare a corredo la Cartella Clinica di ogni Cittadino-Paziente ma è altrettanto necessario che almeno gli attuali software possano generare un "file di lettura" compatibile e accessibile da subito in una rete Intranet dedicata ai Presidi Ospedalieri Regionali. (Si ricorda che si registrano casi in cui lo stesso Cittadino-Paziente si è dovuto sottoporre due volte allo stesso esame per la mancata funzionalità della Tessera Sanitaria e di comunicazione tra le Aziende Ospedaliere, con costi aggiuntivi anche per il Sistema Sanitario Regionale, oltre lo stress che il Cittadino-Paziente è costretto inutilmente a subire).

Esiste una Banca Dati Sanitaria Nazionale o meglio ancora Regionale?, se è così si può provare in prima istanza e con opportune modifiche a far sì che questa possa essere utilizzata tra le diverse strutture informatiche ospedaliere per lo scambio di informazioni e visualizzazioni delle cartelle cliniche.

Lo stesso Ufficio dell'Assessorato può facilmente monitorare come si sviluppa il Sistema Sanitario nel territorio e quali correttivi attuare in caso di cattivo funzionamento.

Questa opportuna modifica, se necessaria ha sicuramente un costo notevolmente inferiore rispetto a una nuova piattaforma dedicata e permette di ammortizzare i costi fino a definitivo ed eventuale transito alla nuova piattaforma informatica sanitaria.

f. **Migliorare e/o attivare un'adeguata campagna di sensibilizzazione sull'uso proprio delle Unità di Pronto Soccorso**, inviando ad ogni cittadino un dépliant informativo da incorniciare per tenerlo sempre a vista.

L'idea potrebbe essere quella di utilizzare canali del modello già in uso come "pubblicità progresso" per stimolare meglio il Cittadino-Paziente a servirsi dei Medici di Famiglia e dei Farmacisti per curare i piccoli malanni oltre che informare con precisione la cittadinanza all'uso e alla corretta identificazioni dei punti di assistenza sanitaria territoriale.

g. **Troppe sigle incomprensibili** per il CITTADINO-PAZIENTE e anche per il personale Medico in alcuni casi: P.P.I., P.T.A. e così via non sono esplicitivi dell'aspetto funzionale che queste sigle vogliono esprimere. Nella mente del CITTADINO-PAZIENTE è più facile ricorrere al Pronto Soccorso ecco perché riteniamo che questo presidio debba essere potenziato.

h. **Il Pronto Soccorso, biglietto da visita di ogni Azienda Ospedaliera** deve

essere il reparto di ECCELLENZA, un reparto così bene organizzato e strutturato tale da essere ambito da ogni Operatore Sanitario.

A differenza, oggi il Pronto Soccorso sembra essere il reparto “Punitivo” per tutti gli operatori sanitari che professionalmente vi transitano. Stessa percezione punitiva la subisce il Cittadino-Paziente.

CONCLUSIONI:

A nostro modo il primo obiettivo da raggiungere affinché la riforma sanitaria possa godere di forza attuativa e di persuasione, è quello di dare il giusto peso e senso alle Unità di Pronto Soccorso stabilendo definitivamente e con forza l'utilità sociale che queste stesse unità hanno: SALVARE NELL'IMMEDIATO LA VITA DI OGNI CITTADINO-PAZIENTE.

Affinché ciò possa essere realizzabile chi opera nelle Unità di Pronto Soccorso deve potere lavorare e quindi intervenire nell'immediato verso i “Codici Rossi e Gialli” in ASSOLUTA SERENITÀ.

Il personale dei P.S. deve potere operare in sicurezza, senza stress di fronte all'emergenza perché questa quando si presenta, richiede il massimo della concentrazione mentale e dello sforzo fisico per potere identificare in brevissimo tempo la corretta patologia e la giusta procedura Medico Legale da adottare che tutela a pieno non solo il Soccorso ma anche i Soccorritori anche da eventuali “ricorsi medico legali”.

Il CITTADINO-PAZIENTE deve comprendere che il Pronto Soccorso è un presidio “SALVA VITA” a differenza delle altre strutture di primo intervento e/o screening che identificano la Patologia, la sua diagnosi e prescrizione medica.

Questa analisi da noi proposta non ha la presunzione di essere la soluzione definitiva ma certamente è un notevole contributo e/o suggerimento che a nostra percezione può rendere attuabile e nell'immediato la riforma del sistema sanitario coinvolgendo le parti attori (personale medico e paramedico) e i soggetti passivi (CITTADINI-PAZIENTI) ad un uso PROPRIO del Sistema Sanitario Pubblico.

Quanto suggerito, se gradito può contribuire a garantire un notevole miglioramento del servizio ai cittadini e contemporaneamente un notevole risparmio delle risorse economiche oltre che umane, poiché verrebbero utilizzate delle strutture già attive e funzionanti. Viceversa per la gestione di strutture create ad hoc bisogna pagare personale paramedico, ausiliario, luce, acqua, gas, telefono altre spese vive e così via.

Se ritenete valido un nostro contributo, un nostro parere gratuito a beneficio pubblico e in sinergia con questo Ufficio saremo orgogliosi di potere continuare a servirvi con queste e altre analisi coinvolgendo il più possibile tutti settori professionali che gravitano nel S.S.N. e che in parte sono stati identificati in queste nostre note di criticità e progetti.



“LA POLITICA È SERVIZIO, RENDERSI DISPONIBILI E DARE LE PROPRIE ENERGIE E COMPETENZE PER LA COLLETTIVITÀ. SE VOGLIAMO CHE QUALCOSA CAMBI, BISOGNA CHE LE PERSONE ONESTE, ANCORA MEGLIO SE GIOVANI, FACCIANO POLITICA, SI IMPEGNINO IN PRIMA PERSONA”.

(Antonino CAPONNETTO)

Pronto Soccorso e Territorio

PROPOSTA di ORGANIZZAZIONE del PRONTO SOCCORSO

PROPOSTA di ORGANIZZAZIONE del PRONTO SOCCORSO

Premessa:

Rispetto a quanto già espresso alla presenza dell'Assessore alla Sanità Lucia BORSELLINO e al Suo Ufficio questo gruppo di lavoro suggerisce un nuovo modo di organizzare il Pronto Soccorso che mette in relazione e in sinergia la struttura del Pronto Soccorso stesso con i Presidi Territoriali già esistenti.

Senza stravolgere l'abitudine del Cittadino-Paziente nel ricorrere al Pronto Soccorso per ogni suo malessere, riteniamo che facendo confluire nelle Unità di Pronto Soccorso quei presidi territoriali già presenti nel territorio come i P.P.I., e/o i P.T.A., e/o i P.P.I. Pediatrici si può ottimizzare il servizio Sanitario Regionale sia nei costi che nelle procedure di intervento e di servizio verso l'intera cittadinanza.

Possiamo eliminare le troppe sigle che non sono immediatamente identificative rispetto alla loro funzionalità come i P.P.I., e/o i P.T.A., e/o i P.P.I., per coniare più semplicemente la parola “Ambulatorio di Pronto Soccorso (A.P.S.)” che per definizione si distingue dalla vera area vera di Emergenza definita “Pronto Soccorso (P.S.)”

Quindi in riferimento a quanto già espresso e prendendo come modello quanto già avviene presso il distretto di Sant'Agata di Militello proponiamo quanto segue:

OBBIETTIVO:

Procedura che descrive le modalità di gestione degli accessi al Pronto Soccorso con integrazione dei Punti di Primo Intervento (P.P.I.) con Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità, individuati dai Triagisti in servizio presso le U.O. di Pronto Soccorso.

Normative di riferimento:

- Legge Regionale 14 aprile 2009 n. 5;
- D.A. 6 settembre 2010 “accordo regionale di Continuità Assistenziale”;
- Accordo integrativo aziendale per la Continuità Assistenziale 2010;
- Ministero della Salute “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”;
- Linee guida sull’Emergenza n. 1/1996 (pubblicata sulla G.U. 114 del 17.5.1996) recanti l’atto d’indirizzo tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica del 27.3.1992;
- Atto d’intesa Stato – Regioni pubblicato nella G.U. n. 285 del 7.12.2001;
- Linee guida delle prescrizioni in applicazione del decreto 12.8.2010.

Per **DEFINIZIONE** per Punti di Primo Intervento (P.P.I.) si intende un servizio

territoriale che è nato per garantire l'assistenza sanitaria h 24, con la finalità di ridurre gli accessi impropri alle strutture di emergenza di Pronto Soccorso (P.S.), migliorando la rete assistenziale territoriale.

Il P.P.I., è un punto di riferimento per le urgenze di basso-medio livello (Codici Bianchi e in parte Verdi) con orario di attività articolato nell'arco delle dodici ore diurne.

Per la PEDIATRIA è utile osservare un orario di attività articolato nei prefestivi e festivi.

La gestione di questi punti territoriali è affidata ai medici della Continuità Assistenziale, utilizzando l'incremento orario (plus-orario) così come regolamentato dagli articoli 1 e 3 dell'Accordo Integrativo Aziendale per la Continuità Assistenziale 2010.

Il P.P.I. PEDIATRICO verrà gestito dai Pediatri di Famiglia in regime di Plus-Orario ed i Medici di Famiglia.

I Medici in Continuità Assistenziale dipendono amministrativamente dal Direttore del Distretto competente per territorio e sono coordinati dal referente Distrettuale per la Continuità Assistenziale che cura gli adempimenti connessi alla predisposizione dei turni e del buon andamento delle attività distrettuali.

Questo servizio deve essere integrato dai Medici di famiglia che offrono la loro disponibilità e in regime di Plus-Orario.

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ del P.P.I. come supporto al P.S.

Trasferimento fisico dei P.P.I. territoriali all'interno dei presidi di Pronto Soccorso

Apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 20.00 e nei giorni prefestivi dalle ore 08.00 alle ore 10.00;

Il codice bianco viene assegnato a pazienti con:

- ✓ Età > 6 anni;
- ✓ Pressione arteriosa 90-160 Hg sistolica; 60-110 Hg diastolica;
- ✓ Frequenza cardiaca: 60-110 battiti al minuto (ritmici o aritmici se già noto);
- ✓ Temperatura 36-38 °C;
- ✓ Autonomia nella deambulazione nella vita di relazione;
- ✓ Dolore lieve moderato da oltre 24 h.;

Rientrano in questo gruppo le seguenti patologie:

- ✓ Febbricola persistente da diversi giorni;
- ✓ Tonsilliti e faringiti presenti da più giorni, dolori articolari non traumatici presenti da diverso tempo;
- ✓ Dolori articolari post-traumatici da trauma e senza altri sintomi e segni d'allarme;
- ✓ Congiuntiviti presenti da più giorni;
- ✓ Patologie palpebrali e degli annessi oculari;
- ✓ Otagie;
- ✓ Dispepsia;

- ✓ Dermatiti superficiali, rush cutanei iatrogeni e orticarie di modesta entità, malattie esantematiche non complicate;
- ✓ Eritema solare, ustioni di 1° grado di estensione limitata;
- ✓ Punture d'insetto non recenti (oltre le tre ore) e non associate ad alcun corteo sintomatologico se non il pomfo in sede di inoculo;
- ✓ Odontalgie, stomatiti, gengiviti e afte;
- ✓ Uretriti e cistiti;
- ✓ Palpitazioni soggettive;
- ✓ Sindrome influenzali, febbre inferiore a 38°C senza complicanze;
- ✓ Ansie e palpitazioni soggettive;
- ✓ Rialzo pressorio asintomatico;
- ✓ Morso animale di modeste entità;
- ✓ Trauma osteo-articolare non particolarmente doloroso e con conservata funzionalità articolare;
- ✓ Artralgie non traumatiche e non recenti;
- ✓ Ferita superficiale unica di minima entità.

I codici bianchi sono patologie che non rivestono carattere d'urgenza, si tratta generalmente di situazioni che dovrebbero essere risolte dal medico di medicina generale.

Queste prestazioni, non sono soggette al pagamento del tiket.

Affinché questo servizio sia utile ai cittadini ed espletato in maniera ottimale è necessario che sia ubicato all'interno del "Pronto Soccorso"; così come avviene già nel Presidio Ospedaliero di S. Agata di Militello (ME).

Lo scopo è quello di educare la cittadinanza all'uso corretto del P.P.I., partendo proprio dal Pronto Soccorso ch'è il primo punto di riferimento per ogni Cittadino-Paziente Residente e non residente.

Il paziente, nella maggior parte dei casi non è a conoscenza dei servizi territoriali, anche perché le numerose sigle (P.P.I., P.T.A. Ecc...) non identificano nell'immediato la funzionalità che queste sigle si portano dietro.

Viceversa la parola "Pronto Soccorso" con il suo simbolo (la croce) per convenzione storica internazionale risulta essere un efficace punto di riferimento nel trattamento delle urgenze.

Per questo quando nel Cittadino-Paziente scatta l'emergenza, l'incapacità di fare autoanalisi lo spinge al P.S., perché è lì che vuole la soluzione al suo problema di salute che fino ad avvenuta visita teme possa essere grave.

Giunto nel presidio di Pronto Soccorso (P.S.) il cittadino-paziente deve essere accolto con un apposito e meglio strutturato servizio di accoglienza svolto dal "Triagista" in servizio presso la Unità Ospedaliera (U.O.) di P.S. il quale, assegna il "Codice" in rapporto alla gravità della patologia riscontrata.

I “Codici Bianchi” e “Verdi” dal Triage vengono diretti ai Punti di Primo Intervento (P.P.I.), mentre i “Codici Gialli” e “Rossi” vengono assegnati al Pronto Soccorso (P.S.).

I “Codici Bianchi” dopo essere stati registrati vengono trasferiti muniti di **cartella con dati anagrafici e bracciale con codice identificativo** presso gli Ambulatori dei Punti di Primo Intervento (P.P.I.) situati all'interno del presidio ospedaliero.

Questo Ambulatorio è gestito da due Medici in Continuità Assistenziale ed un Infermiere.

Qui viene effettuata la prima visita, se necessario vengono richieste le consulenze specialistiche, si redige la diagnosi e si può somministrare la prima terapia. Se tutto procede senza intoppi il paziente viene dimesso a domicilio.

Viceversa, se si ritiene opportuno il ricovero, il Cittadino-Paziente viene trasferito al Pronto Soccorso (P.S.) che provvederà al trasferimento nel reparto di competenza.

Inoltre i Punti di Primo Intervento (P.P.I.) dialogano con il Presidio di Pronto Soccorso attraverso un software intranet e possono, se le condizioni cliniche peggiorano modificare il codice di accesso fino al “Codice Rosso”.

Per conoscenza si vuole precisare che da diversi mesi nel Distretto di S. Agata di Militello insiste il Punto di Primo Intervento (P.P.I.) PEDIATRICO che espleta servizio nei giorni prefestivi dalle ore 10.00 alle ore 20.00 e nei giorni festivi dalle ore 08.00 alle ore 20.00, con la finalità di garantire il servizio pediatrico nei giorni in cui sono assenti i Pediatri di Famiglia.

Questo intervento “tampono” riduce gli accessi impropri al Pronto Soccorso (P.S.) e lo smistamento e quindi lo sgravio di consulenze nel Reparto di Pediatria.

Riteniamo che quanto sopra esposto è un esempio positivo e virtuoso di **INTEGRAZIONE “Presidio Ospedaliero e Territorio”**.

Questo nuovo aspetto logistico garantisce l’assistenza sanitaria nell’arco delle 24 ore, oltre a diminuire l’intasamento nel presidio di Pronto Soccorso (P.S.).

L’attività proposta è un buon “tampono” degli accessi impropri nel presidio di Emergenza che quotidianamente sono intasati a causa di situazioni che non hanno carattere di urgenza.

Questa organizzazione paradossalmente è anche la prima opera di sensibilizzazione e di educazione del Cittadino-Paziente ad un uso corretto del Presidio di Pronto Soccorso.

Ultimo, ma non per ultimo aspetto da fare rilevare è che il tutto si sviluppa senza costi aggiuntivi per la Sanità Pubblica favorendo un passo avanti verso l’allineamento proposto dal Sistema Sanitario Nazionale.

Facendo riferimento a quanto già adottato presso il Distretto di S. Agata di Militello

da quando sono stati introdotti i Punti di Primo Intervento (P.P.I.) sono state svolte le sottototate prestazioni:

- ✓ Da agosto a dicembre **2011** sono state eseguite **1816 visite**;
- ✓ Da gennaio a dicembre **2012** sono state eseguite **3500 visite**;
- ✓ Da gennaio a Marzo **2013** sono state eseguite **1152 visite**.

Prestazioni che possono sembrare di poca importanza se le leggiamo all'interno del distretto di S. Agata di Militello.

Ma queste stesse prestazioni, riportate in proporzione in una grande città come Palermo, possono produrre dei “numeri” molto importanti che migliorano la spesa sanitaria, la distribuzione e ottimizzazione delle risorse umane, la gratificazione professionale fino al pieno soddisfacimento del Cittadino-Paziente e ci piace ripeterci nel ricordare che il tutto si sviluppa senza costi aggiuntivi per la Sanità Pubblica.

Ecco perché riteniamo che questa proposta la si può rendere operativa da subito per migliorare il rapporto tra Pronto Soccorso e Territorio, e i dati statistici raccolti, siamo certi che daranno ragione a quanto sopra esposto, favorendo le opportune modifiche che serviranno a OTTIMIZZARE il servizio fin qui esposto e proposto.