

Le regole salva PS? Indicazioni incomprensibili

Pubblicato: Venerdì 15 Maggio 2015



Fast track, bed manager, discharge room, shock room. Le dodici regole dettate dall'assessore Mantovani per risolvere il problema del pronto soccorso hanno lasciato grande perplessità: «**Parliamo di un ospedale italiano o inglese?**». La terminologia usata non è decisamente alla portata di tutti. È vero che gli obiettivi sono indirizzati a personale specialistico, ma, affidati alla stampa per la diffusione generale hanno sollevato qualche dubbio di traduzione.

Ripercorriamo, allora, le dodici mosse rivisitanole in italiano:

- 1. CODICI MINORI** – la prima regola riguarda i pazienti con **patologie “Non da pronto soccorso”**. Si chiamano “codici minori” o bianchi e vengono trattati in un ambulatorio diverso con personale dedicato. La novità riguarda l'ampliamento degli orari di apertura e l'impiego di personale specializzato. A questo riguardo è già stata potenziata la squadra di medici
- 2. PAZIENTI SOLO ESTERNI** – Accettazione al PS di tutti i pazienti in arrivo dal territorio, escludendo quelli inviati da Unità di degenza della stessa Azienda Ospedaliera o da altre Strutture, che dovranno afferire ed essere gestiti direttamente dalle stesse Unità specialistiche di competenza senza sovraccaricare il Pronto Soccorso;
- 3. POTENZIAMENTO DEI PERCORSI VELOCI** – Ampliare il percorso di ‘Fast Track’. Si tratta di **percorsi diretti che si attivano subito dopo il triage** quando è individuata la competenza di uno specialista determinato. **Il paziente non attenderà più la visita del medico di PS ma salirà nel**

reparto indicato. Attualmente sono attivati in “fast track” le specialità di Odontoiatria e di Oculistica ed è in fase di attivazione Otorinolaringoiatria e, in futuro, altre specialità come l’Urologia, la Dermatologia e l’Ortopedia

4. GUARDA RADIOLOGICA H24 – Attivazione Guardia radiologica notturna (da realizzarsi anche attraverso collaborazioni inter – aziendali), un punto che ha già fatto agitato i radiologi dei diversi presidi aziendali.

5. REVISIONE ORGANIZZATIVA – Rivisitazione organizzativa del PS in senso dipartimentale, rafforzando in particolare il coinvolgimento di intensivisti e traumatologi. Questo è il **punto ancora tutto da studiare** e la cui attuazione non avverrà prima **dell’autunno**.

6. PRESA IN CARICO – Il cambiamento riguarda il **“passaggio di consegna” del paziente**: attualmente la persona è sotto la vigilanza del personale di PS finché non sale in reparto. La nuova organizzazione prevede che, nel momento in cui uno specialista affermi la necessità di un intervento del suo reparto, il paziente è di fatto sotto la responsabilità di quell’unità operativa che si deve attivare per accoglierlo velocemente nei propri posti letto.

7. PIANO GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO, BED MANAGER, DISCHARGE ROOM – Questo punto è il più complesso: l’azienda dovrà istituire un **“bed manager” cioè un responsabile della gestione dei posti letto**, che intervenga nei casi in cui ci siano ostacoli o rallentamenti nel cambio dei pazienti nei reparti che, di fatto, impediscono l’accesso dal PS. Per facilitare le operazioni di dimissioni delle persone, verrà istituita una **“discharge room” una stanza dove ospitare quanti non possono lasciare subito l’ospedale** perché in attesa di un parente che lo porti a casa, oppure di un referto/esito di esame che concluda la sua cartella. Attualmente, questi utenti rimangono a occupare il letto in corsia impedendo, di fatto, l’occupazione con un nuovo paziente.

8. AZZERAMENTO PAZIENTI CRITICI NELLA SHOCK ROOM – La **shock room è la zona dove, attualmente, il PS gestisce i casi gravi o gravissimi**, una sorta di terapia intensiva. Con l’attivazione dei **10 letti della Terapia Sub Intensiva**, intermedia tra le degenze ordinarie e le Terapie intensive, viene meno la necessità della shock room se non per il tempo stretto di inquadramento diagnostico. In questo modo si “libera” personale di pronto soccorso che potrà svolgere altre attività di assistenza.

9. ACCOGLIENZA PAZIENTI – Acquisizione, supportata dall’ASL, della disponibilità di 8 – 10 posti letto aggiuntivi dedicati all’accoglienza di pazienti da parte delle Strutture già accreditate e a contratto per **ricoveri sub acuti e riabilitativi**. Si tratta i posti letto dedicati a pazienti non più gravi ma che non sono ancora in condizioni di ritornare a casa. Per loro è richiesta un’assistenza di livello inferiore rispetto a quella ospedaliera.

10. POSTI LETTO – Condivisione intra-aziendale dei criteri di accesso ai 30 letti sub acuti che verranno attivati nell’Ospedale di Circolo entro la fine 2015 e che dovranno servire per alleggerire le degenze ordinarie che, a loro volta, dovranno mettere a disposizione puntualmente i posti letto necessari ad accogliere pazienti dal Pronto Soccorso.

Una volta annunciato, il piano diventerà operativo nei prossimi mesi: l’apertura della terapia subintensiva avverrà a luglio mentre i 30 posti letto in più a fine anno. Le questioni organizzative si affronteranno gradualmente: il “bed manager” sarà sicuramente una figura interna anche se non è chiaro se di area medica o infermieristica. Per il coinvolgimento di ortopedici e intensivisti è ancora tutto solo teorico e tutti attendono di capire quale sarà la direzione. I sindacati attendono l’incontro con l’azienda fissato il 20 maggio prossimo per capirne di più. Preoccupazioni ci sono soprattutto per quei trenta posti letto in più che verranno esternalizzati per un impegno di 6 milioni di euro totali in un lasso di tempo di 3 anni rinnovabili altri due: « Ci preoccupa questa situazione temporanea che rischia di non essere rinnovata in futuro – spiega il delegato della Fials Francesco Tucci – e, soprattutto, rimaniamo in attesa

di capire se tutte le innovazioni previste dai odici punti verranno attuate senza risorse aggiuntive, un particolare che metterebbe in grave difficoltà il personale già abbastanza penalizzato».

di [A.T.](#)