



DETERMINAZIONE N. **2588** del **10 DIC. 2013** Atti n. **1423/2012**

**PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE DELLA FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE  
MAGGIORE POLICLINICO - ORGANIZZAZIONE DELLA NUOVA UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA  
D'URGENZA.**

**II DIRETTORE GENERALE**

RICHIAMATO il POA 2012-2014, ove si prevede nella "Area omogenea della rianimazione e terapia intensiva, emergenza e urgenza" la costituzione di una nuova UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza;

VISTO il documento allegato e parte integrante della presente determinazione, con il quale si delinea l'organizzazione e l'attività della UOC succitata, predisposto a cura del Direttore del Dipartimento di Anestesia, Rianimazione, Emergenza e Urgenza, prof. Luciano Gattinoni;

CONSIDERATA positivamente la proposta di costituire una *Steering committee*, dedicato al progetto di organizzazione della nuova UOC, avanzata nel medesimo documento e approvata nel Comitato dei Dipartimenti del 14 ottobre 2013;

RITENUTO di inserire nello *Steering committee* i seguenti operatori:

- prof. Luciano Gattinoni – Direttore Dipartimento di anestesia, rianimazione ed emergenza urgenza;
- prof.ssa Maria Domenica Cappellini – Direttore Dipartimento di medicina interna e specializzazioni mediche
- dr. Basilio Tiso – Direttore UOC Coordinamento dei Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio;
- dr. Dario Laquintana, Direttore UOC Organizzazione risorse umane - SITRA
- dr.ssa Marcella Longo – Dirigente medico Staff Direzione Sanitaria Aziendale
- dr. Fernando Porro –Dirigente medico della UOC Medicina ad alta intensità di cura
- dr. Paolo De Rai – Dirigente medico della UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
- dr.ssa Paola Bosco – Coordinatore infermieristico Pronto Soccorso;

RITENUTO di dare mandato al suddetto *Steering committee* – coordinato dal Direttore del Dipartimento di anestesia rianimazione ed emergenza, urgenza – di guidare il processo di costituzione della nuova UOC, sviluppando protocolli di lavoro e iniziative volte a migliorare la qualità, appropriatezza ed efficacia delle cure e l'efficienza organizzativa;

CONSIDERATA opportuna la pubblicazione in Intranet del documento di organizzazione della UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, unitamente al bando allegato finalizzato a raccogliere l'adesione volontaria di dirigenti medici, dipendenti della Fondazione a tempo indeterminato di Unità Operative dei Dipartimenti di Medicina o Chirurgia;

Con il parere favorevole del Direttore Scientifico, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo,

IRCCS di natura pubblica



DETERMINAZIONE N. **2588** del **10 DIC. 2013** Atti n. **1423/2012**

DETERMINA

1. di approvare il documento allegato e parte integrante della presente determinazione, con il quale si delinea l'organizzazione e l'attività della nuova UOC di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, prevista dal POA 2012-2014;
2. di costituire uno *Steering committee*, dedicato al progetto di organizzazione della suddetta nuova Unità operativa Complessa;
3. di inserire nello *Steering committee* i seguenti operatori:
  - prof. Luciano Gattinoni – Direttore Dipartimento di anestesia, rianimazione ed emergenza urgenza;
  - prof.ssa Maria Domenica Cappellini – Direttore Dipartimento di medicina interna e specializzazioni mediche
  - dr. Basilio Tiso – Direttore UOC Coordinamento dei Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio;
  - dr. Dario Laquintana, Direttore UOC Organizzazione risorse umane - SITRA
  - dr.ssa Marcella Longo – Dirigente medico Staff Direzione Sanitaria Aziendale
  - dr. Fernando Porro – Dirigente Medico della UOC Medicina ad alta intensità di cura
  - dr. Paolo De Rai – Dirigente Medico della UOC Chirurgia generale e d'Urgenza
  - dr.ssa Paola Bosco – Coordinatore Infermieristico Pronto Soccorso;
4. di dare mandato al suddetto *Steering committee* - coordinato dal Direttore del Dipartimento di anestesia rianimazione ed emergenza, urgenza – di guidare il processo di costituzione della nuova UOC, sviluppando protocolli di lavoro e iniziative volte a migliorare la qualità, appropriatezza ed efficacia delle cure e l'efficienza organizzativa;
5. di pubblicare in Intranet il documento di organizzazione della UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza unitamente al bando finalizzato a raccogliere l'adesione volontaria ad essere inseriti nell'organico della UOC PS e Medicina d'urgenza, di dirigenti medici, dipendenti della Fondazione a tempo indeterminato di Unità Operative dei Dipartimenti di Medicina o Chirurgia

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Luigi Macchi

IL DIRETTORE SCIENTIFICO  
prof. Pier Mannuccio Mannucci

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
dr. Osvaldo Basilio

IL DIRETTORE SANITARIO  
dr.ssa Anna Pavan

REGISTRATA NELL'ELENCO DELLE DETERMINAZIONI  
IN DATA **10 DIC. 2013** N. **2588**

Procedimento presso Direzione Sanitaria  
Responsabile del procedimento: dr.ssa Anna Pavan

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

All. n. 1423/2012

Pag. 3

**PRONTO SOCCORSO**  
**LOGISTICA, ORGANIZZAZIONE, ATTIVITÀ, CRITICITÀ, PROPOSTE**

**INTRODUZIONE**

Definiamo come Urgenza, qualsiasi condizione che, in assenza di provvedimenti immediati (ore) possa portare a danni permanenti di organi/apparati o morte. Definiamo come Emergenza le stesse condizioni in cui il tempo disponibile non è di ore ma di minuti.

Ne consegue che la funzione principale del pronto soccorso, punto nodale del dipartimento di Emergenza-Urgenza sia quella di:

1. stratificare il rischio
2. prendere adeguati provvedimenti
3. fare eventualmente diagnosi

Ciò premesso è ovvio che al pronto soccorso possano afferire patologie che afferiscono a qualsiasi branca della medicina e, altrettanto importante, condizioni che non rientrino nell'urgenza ed emergenza, ma vengano percepite come tali dall'utente.

I due modelli organizzativi estremi per un pronto soccorso sono basati sulla presenza di personale completamente dedicato o su personale completamente turnante. Fra i due estremi si colloca una varietà di situazioni intermedie.

Storicamente la gestione del Pronto Soccorso del Policlinico di Milano è stata progressivamente affidata ai soli reparti di Medicina d'Urgenza e di Chirurgia d'Urgenza. Conseguentemente ciò che ha sempre di più caratterizzato il Pronto Soccorso è stata una completezza di diagnosi e cura, in quanto vissuto come appendice del reparto di provenienza.

L'evoluzione delle conoscenze e della tecnologia, tuttavia, ha modificato l'approccio all'Urgenza ed Emergenza con introduzione di procedure e di attività che sono divenute veri e propri "mestieri" ad alta specializzazione, quali la Radiologia Interventistica.

La collocazione del Pronto Soccorso in una nuova struttura è l'occasione di rivederne l'aspetto organizzativo. Una "riforma", per avere un senso, richiede l'analisi dello stato attuale delle eventuali criticità e di che cosa ci si aspetti da un cambio nel modo di affrontarli.

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Pag. 4

## ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Riferendoci con il presente documento al PS generale della Fondazione, in quanto il PS pediatrico e il PS Ostetrico-ginecologico sono già costituiti come Unità Operative Complesse e sono organizzate in modo autonomo, i dati del triennio 2010-2012 confermano la situazione già nota, comune a tutti i DEAS, compresi quelli di Milano della rete EUOL<sup>1</sup>, e cioè che la maggiore attività è rappresentata dai codici minori, che globalmente sono l'86% del totale, vs il 14% dei codici maggiori, di cui solo 2% codici rossi.

Tabella 1. Accessi PS generale, triennio 2010-2012, per codice ammissione

Codice triage all'ingresso	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
BIANCO	13.868 (27%)	15.692 (30%)	17.108(33%)
VERDE	30.311 (59%)	29.198 (56%)	27.916 (53%)
GIALLO	6.158 (12%)	6.057 (11%)	6.065 (12%)
ROSSO	1.280 (2%)	1.314 (2%)	1.286 (2%)

Analizzando con maggior dettaglio la distribuzione (per mese, giorno e ora) e le caratteristiche ( codice di ammissione) e dimissione, sintomatologia, tipologia di accertamenti, esito) degli accessi al PS generale, si fa riferimento di seguito all'attività del 2012, che, per quantità e qualità, può essere ritenuta significativa e rappresentativa della situazione attuale.

### 1) Valutazione degli accessi per mese, giorno e ora

Il carico mensile degli accessi registra in media 4364 accessi/mese, con minime variazioni durante i mesi dell'anno, salvo la significativa riduzione dei codici verdi nel mese di agosto cui corrisponde però un aumento dei bianchi, tale da mantenere invariati gli accessi totali; per i codici gialli e rossi l'andamento è pressoché costante (figura 1).

La percezione di un maggior ricorso al PS nei mesi invernali non trova dunque riscontro nei dati, ma è verosimilmente da attribuire al maggior impegno che comportano le patologie stagionali.

<sup>1</sup> Rete euol: San Luca Auxologico, Fatebenefratelli, Sacco, San Paolo, San Raffaele, Policlinico Mangiagalli, Policlinico De Marchi, ICP Bassini, ICP Buzzi, ICP Sesto, Gaetano Pini, Niguarda, Policlinico Ospedale Maggiore, Multimedia Sesto, San Carlo, CTO.

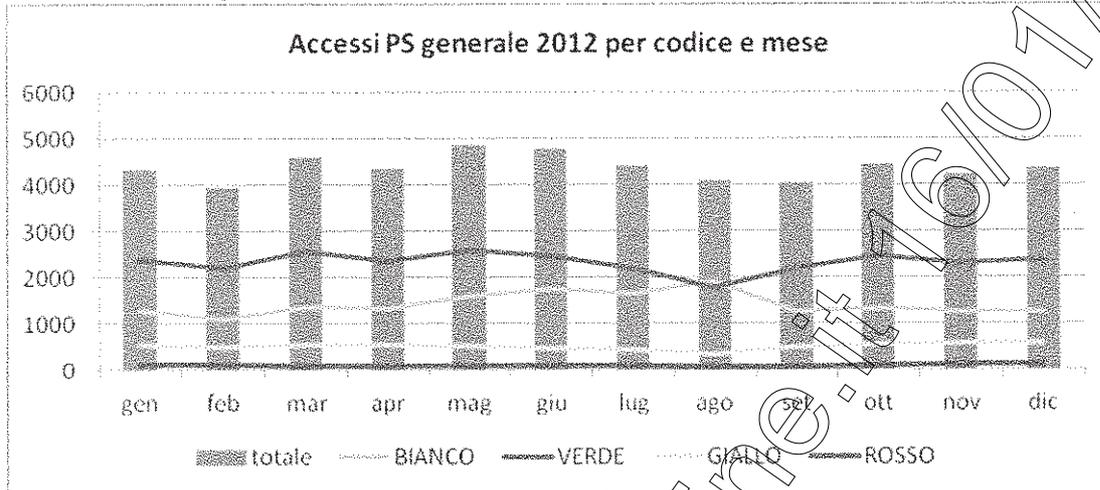


ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N. 2588

del 10 DIC. 2013

Att n. 1423/2012

Figura 1 – Andamento mensile accessi suddivisi per codice nell'anno 2012



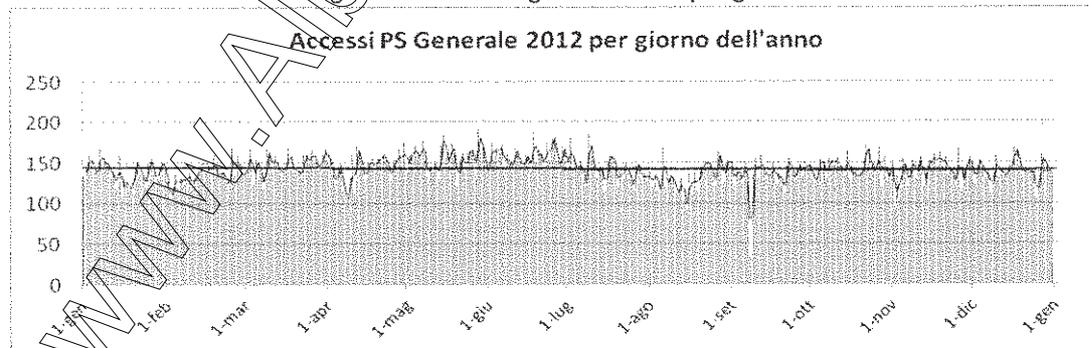
Suddividendo il totale degli accessi 2012 per giorno della settimana non vi sono ugualmente sensibili variazioni, come si evidenzia in tabella 2; la massima oscillazione è tra il lunedì e la domenica, comunque inferiore al 5%.

Tabella 2. Accessi PS generale 2012 - media per giorno della settimana

	Lun	mar	Mer	Gio	ven	sab	dom	valore medio
totale accessi	8219	7413	7266	7355	7428	7579	7115	7482
media accessi giorno	158	143	140	141	143	146	137	144

Tale osservazione è confermata dalla distribuzione puntuale del numero di accessi per tutti i giorni dell'anno, come si evidenzia nel grafico della figura 2, con una media di 143 accessi/die +/- 17 (i due giorni con minor numero di accessi sono stati il 2 novembre e il 15 agosto); anche nel periodo autunno-inverno la media di accessi è di 140/die.

Figura 2. Accessi PS generale 2012 per giorno dell'anno



IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

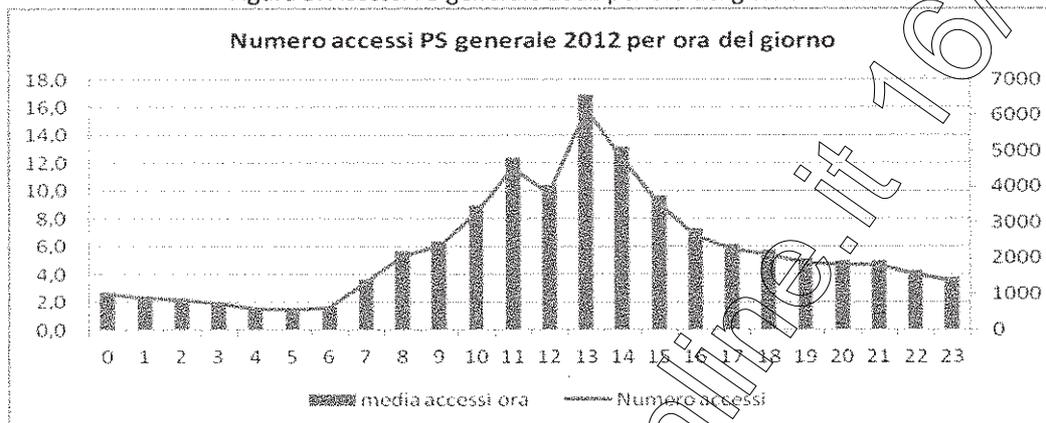
2588

del 10 DIC. 2013

Att n. 1423/2012

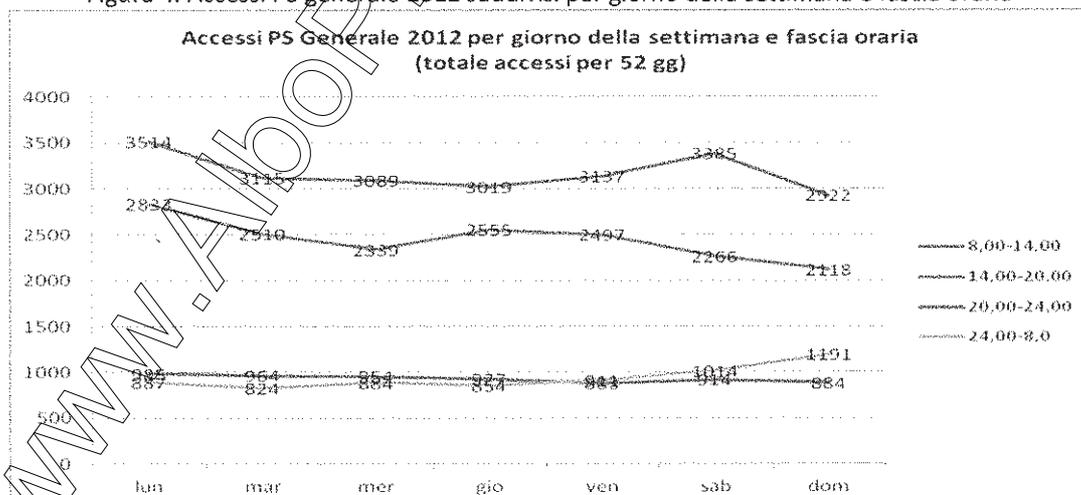
La distribuzione per ora del giorno, esposta nel grafico della figura 3 rivela invece due picchi di maggior accesso alle 11 e alle 13, con numero medio di accessi ora rispettivamente di 12 e 16 pazienti, mentre dalle 20 alle 8 la media oraria di accessi è inferiore a 5.

Figura 3. Accessi PS generale 2012 per ora del giorno – totale e media



La combinazione per giorno della settimana e fascia oraria, indicata nel grafico della figura 4 e nella tabella 3, evidenzia una sostanziale costanza di accesso nelle ore serali e notturne in ogni giorno della settimana, che assommano a una media di 3 accessi/ora; durante il giorno la fascia di maggior accesso è tra le 8 e le 14, ma con sostanziale costanza nei diversi giorni della settimana (circa 10 accessi/ora), mentre dopo le 14 e sino alle 20 gli accessi si riducono a circa 5/ora, mantenendosi anche in questo caso costanti nei sette giorni.

Figura 4. Accessi PS generale 2012 suddivisi per giorno della settimana e fascia oraria



IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Alt. n. 1423/2012

Pag. 7

Tabella 3. Accessi PS generale 2012 media per giorno della settimana e fascia oraria.

Fascia oraria	lun	mar	Mer	gio	ven	sab	dom
8,00-14,00	68	60	59	58	60	65	56
14,00-20,00	54	48	45	49	48	44	41
20,00-24,00	19	19	18	18	17	18	17
24,00-8,0	17	16	17	16	18	20	23

#### In sintesi:

Il PS generale della Fondazione si caratterizza per un flusso di pazienti stabile nei diversi mesi dell'anno e giorni della settimana; per quanto riguarda le ore del giorno è il mattino a registrare la frequenza più elevata, mentre dalle 20 alle 8 l'afflusso si riduce sensibilmente, in modo particolare dopo le 24.

Complessivamente la media di persone che accedono varia dalle 10/ora tra le le 8,00 e le 14,00, scendendo a 5-6 dalle 14,00 alle 20,00 e a 3 sino alle 8,00 del giorno successivo.

#### 2) Flussi e permanenza in PS

Oltre ai flussi in entrata è necessario anche comprendere il periodo di tempo trascorso in PS e ciò con un duplice fine: comprendere il carico effettivo che il personale deve gestire e garantire tempi di attesa adeguati all'utenza.

Come definito dalle procedure di triage, i tempi di attesa per i codici maggiori sono molto ridotti: il codice rosso ha l'accesso immediato in sala visita, mentre per il codice giallo il tempo di attesa non supera i 20 minuti, con il ricontrollo dei parametri vitali ogni 5-15 minuti.

Più complessa è la situazione per i cosiddetti codici minori, bianchi e verdi, in cui si possono delineare anche attese più lunghe o per rivalutazione/esami o in attesa di ricovero.

La figura 5 rappresenta il tempo di attesa prima della visita e il tempo visita/accertamenti/cure per tutti i codici, evidenziando come la maggior parte dei pazienti venga visitato entro 2 ore.

In particolare si registrano due picchi: il primo che attende meno di 1 ora e che viene visitato entro l'ora successiva (verosimilmente i fast-track) e il secondo che attende meno di 1 ora ed è sottoposto a visita per oltre 3 ore (verosimilmente i codici gravi).



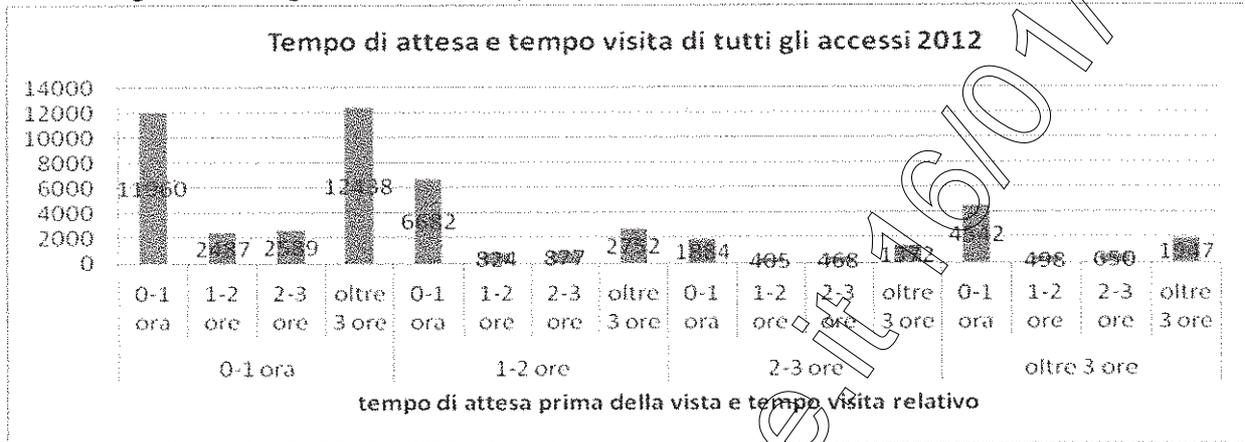
ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Fig.5 Accessi PS generale 2012 – Tempo di attesa e relativo tempo visita/permanenza in PS



Visti più nel dettaglio, in tabella 4, abbiamo che:

- i codici bianchi aspettano tra 1 e 2 ore, ma la maggior parte di essi viene visitata e conclude la permanenza nell'ora successiva. Va anche segnalato che il tempo di attesa superiore alle 2 ore potrebbe essere attribuito al fatto che avendo il fast track dermatologico fasce di accesso predefinite, molti pazienti potrebbero essersi recati al PS con molto anticipo;
- i codici verdi hanno un tempo di attesa prima della visita tra 1 e 3 ore, ma poi permangono un tempo variabile, anche superiore alle tre ore per visite ed accertamenti;
- i codici gialli e rossi non hanno ovviamente tempi di attesa, ma poi permangono in PS diverse ore a motivo degli accertamenti e cure rese in emergenza.

Tabella 4. Accessi in PS generale 2012 percentuali su totale per tempo attesa, tempo visita e codice di ammissione

Codice Ingr.	fascia attesa	fascia visita/accertamenti				Totale
		0-1 ora	1-2 ore	2-3 ore	oltre 3 ore	
BIANCO	0-1 ora	14,00%	0,30%	0,30%	0,50%	15,10%
	1-2 ore	10,20%	0,20%	0,20%	0,30%	10,90%
	2-3 ore	2,40%	0,10%	0,10%	0,20%	2,80%
	oltre 3 ore	3,20%	0,20%	0,20%	0,30%	3,90%
VERDE	0-1 ora	7,90%	3,40%	3,30%	12,70%	27,30%
	1-2 ore	2,60%	1,30%	1,50%	4,90%	10,30%
	2-3 ore	1,20%	0,70%	0,80%	2,40%	5,10%
GIALLO	oltre 3 ore	5,40%	0,80%	1,10%	3,40%	10,70%
	0-1 ora	0,80%	0,80%	1,10%	8,70%	11,40%
ROSSO	0-1 ora	0,20%	0,20%	0,20%	1,80%	2,40%
<b>Totale</b>		<b>47,90%</b>	<b>8,00%</b>	<b>8,80%</b>	<b>35,30%</b>	<b>100,00%</b>

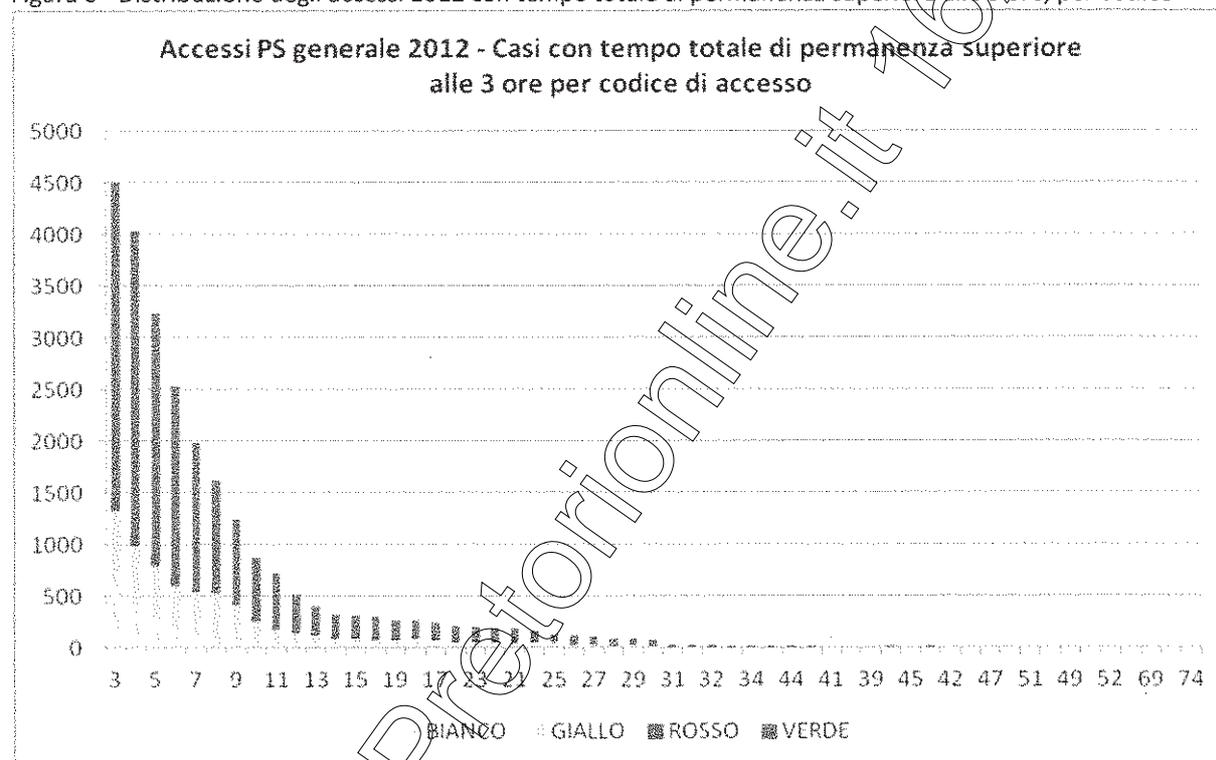
IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE N. **2588** del **10 DIC. 2013** Atti n. **1423/2012**

Considerando il tempo totale di permanenza (attesa prima della visita + visita e accertamenti e cure) abbiamo che il 51% delle persone che accedono al PS vi permangono meno di 3 ore; la restante percentuale si suddivide come indicato in figura 6 (sono esclusi 9 soggetti con attesa tra 74 e 82 ore).

Figura 6 - Distribuzione degli accessi 2012 con tempo totale di permanenza superiore alle 3 ore, per codice



Approfondendo ulteriormente le persone che permangono oltre le 24 ore, abbiamo che si tratta complessivamente di 946 soggetti, pari al 2% del totale; di essi la quasi totalità, cioè il 68%, è stato ricoverato o presso la Fondazione (64%) o inviato per ricovero ad altri ospedali. I motivi principali che hanno motivato l'accesso di questi 946 soggetti sono la dispnea e i traumi minori; le diagnosi di dimissione sincope o collasso e concussione senza perdita di coscienza; il 66% ha un'età superiore ai 65 anni ( e tra questi il 51% superiore ai 75), motivo che può aver prolungato la necessità di osservazione in PS anche per sintomatologia minore.

Per quanto riguarda la distribuzione nel corso dell'anno, l'andamento è omogeneo, con due sole punte a 19 dicembre e il 14 febbraio.

Oltre le 48 ore, ossia il limite previsto per la permanenza in astanteria-obi, nel 2012 sono rimaste in PS 63 persone.



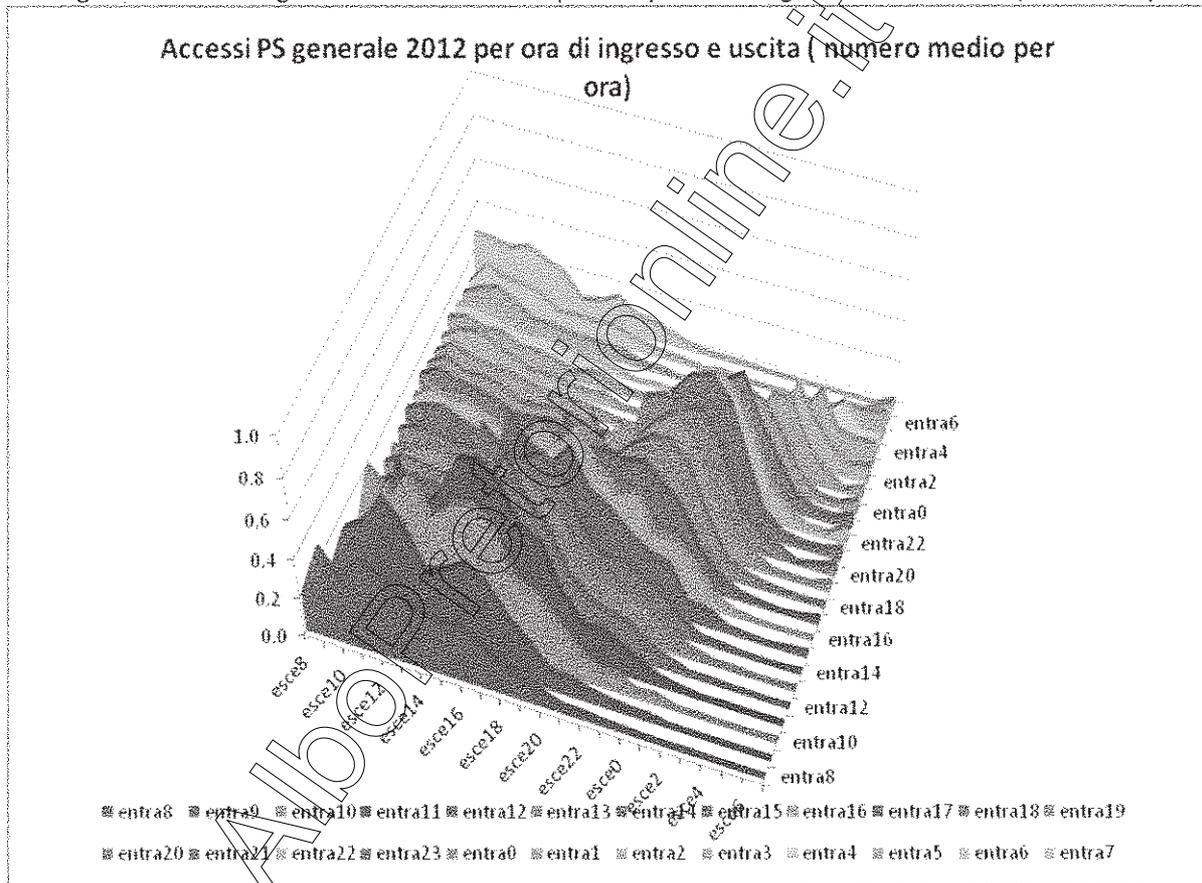
ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N. 2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Volendo infine comprendere quale è il carico dei pazienti contemporaneamente presenti in PS, nella figura 7 è rappresentata la "densità" di pz in PS in base all'ora di ingresso e all'ora di uscita (esclusi i codici bianchi per le motivazioni sopra espresse): in sostanza sono state costruite delle coorti per ora di ingresso con la relativa distribuzione per ora di uscita. Si evidenzia in tal modo che durante le ore notturne e comunque dopo le 19, le persone presenti contemporaneamente sono in numero modesto, mentre è durante le ore del mattino e sino alle 20 che si "accumula" il maggior numero di pazienti.

Figura 7. Accessi PS generale 2012 – Coorti di pazienti per ora di ingresso e ora di uscita (valori medi)



**In sintesi:**

I flussi in ingresso e uscita confermano che la fascia oraria a maggior afflusso e permanenza è quella tra le 8 e le 14; nel pomeriggio, sino alle 19, vi è permanenza di persone derivanti dall'effetto "imbuto".

IRCCS di natura pubblica

*[Handwritten signature]*



ALLEGATO ALLA

DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Att. n.

1423/2012

I tempi di attesa risultano compatibili per i codici bianchi – anche considerando che sono costituiti in prevalenza da fast track-; per i codici verdi una quota minoritaria attende oltre le tre ore, ma parte di essa è costituita da persone che saranno poi ricoverate ovvero che si allontanano spontaneamente.

Nelle ore notturne la quota contemporaneamente presente è di 10-15 persone, mentre durante il mattino e primo pomeriggio, escludendo i codici bianchi, risultano punte di 20-30 persone in attesa o assistenza.

La metà delle persone che si presentano in PS, indipendentemente dal codice o motivo dell'accesso, lascia il PS entro 3 ore, compresa l'attesa prima della visita e le successive cure; un ulteriore 34% conclude accertamenti e cure entro le 8 ore.

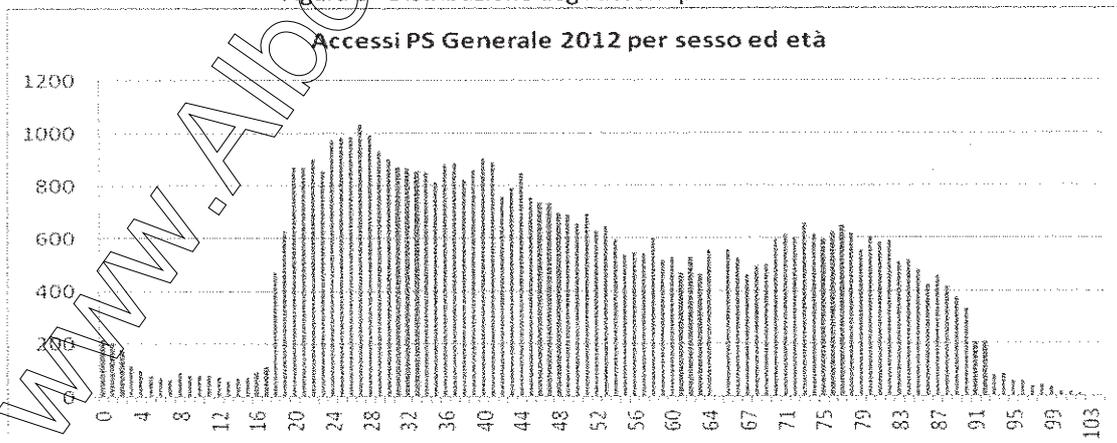
Solo il 2% permane per più di 24 ore ( e di essi solo 63 in tutto l'anno rimangono per oltre 48 ore), a motivo, in larga prevalenza, della necessità di ricovero ( e quindi verosimilmente per indisponibilità di posto letto).

### 3) Valutazione degli accessi per tipologia e impegno

Nella figura successiva gli accessi totali del 2012 vengono suddivisi per sesso ed età (figura 8) e codice di ingresso (figura 9) così da comprendere anche gli aspetti qualitativi dell'impatto.

Benchè complessivamente gli ultrasessantacinquenni costituiscano il 30% degli accessi, la loro analisi per codice evidenzia che mentre al di sotto dei 65 aa prevalgono in larga misura i codici minori ( sotto i 18 aa, costituiscono il 90% degli accessi), negli anziani si incrementano percentualmente sia i codici rossi che quelli verdi e gialli.

Figura 8 - Distribuzione degli accessi per sesso ed età



IRCCS di natura pubblica



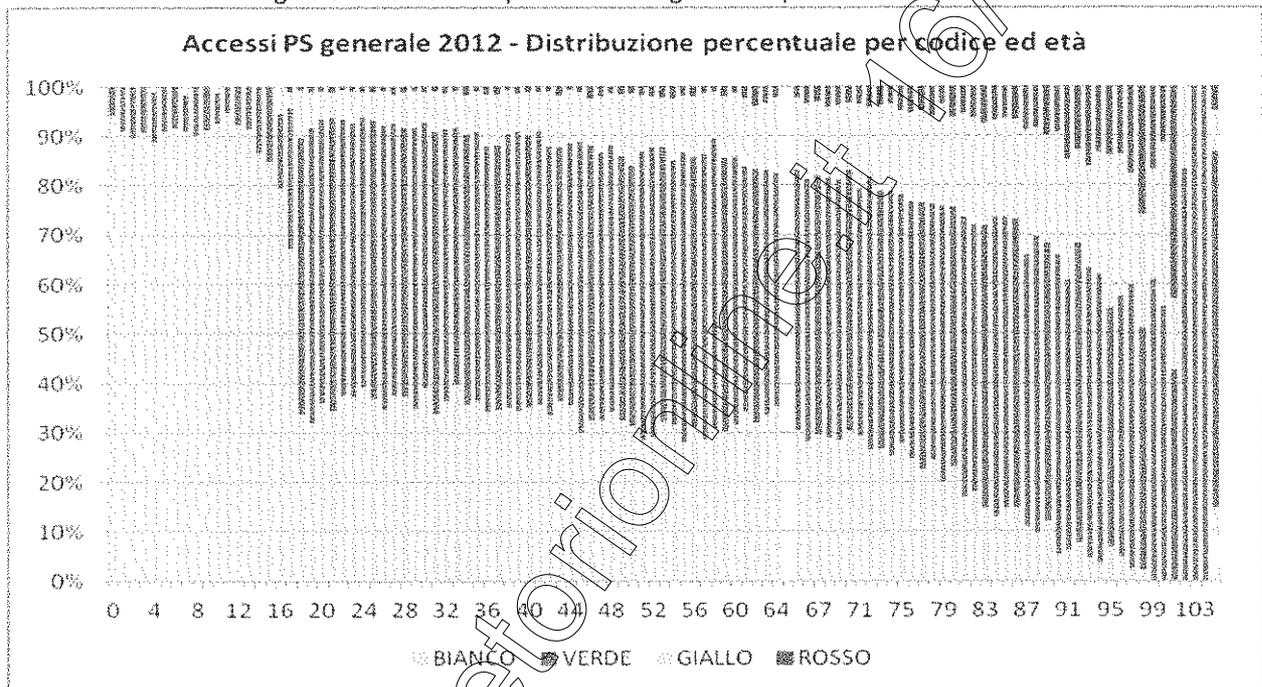
ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Figura 9. Distribuzione percentuale degli accessi per età e codice



I codici bianchi si caratterizzano pertanto per la giovane età delle persone e per tipologia di problema: come vediamo nella tabella successiva infatti l'87% di essi è costituito da 5 motivazioni, che trovano risposta nei cosiddetti ambulatori di fast track.

Tabella 5 - Accessi con codice bianco e suddivisione per sala visita

Motivo di presentazione	DERMATOLOGIA	ORL	OCULISTICA	AMBULATORIO CA	CHIRURGIA	MEDICINA
PROBLEMI DERMATOLOGICI	8170	3	1	31	19	81
PROBLEMI ORL	3	2974	11	15	27	190
PROBLEMI OCULISTICI	1	7	1585	2	7	33
ALTRA SINTOMATOLOGIA	3	6	3	289	590	447
TRAUMA MINORE		5	1	2	381	

I codici verdi, gialli e rossi, che, come abbiamo visto, interessano maggiormente l'età adulta e anziana, afferiscono quasi esclusivamente alle aree di medicina di urgenza e chirurgia d'urgenza, mentre Psichiatria e Urologia possono essere considerati una sorta di fast-track.



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Pag. 13

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Att. n. 1423/2012

Tabella 6 - Accessi con codice verde, giallo e rosso per sala visita

Codice Ingr.	AMBULATORIO CA	CHIRURGIA	MEDICINA	OCULISTICA	ORL	PSICHIATRIA	UROLOGIA
GIALLO	1	943	4848	2	7	240	23
ROSSO		186	1063				
VERDE	32	13912	11767	271	435	967	540

Le prime dieci motivazioni di presentazione, che costituiscono il 63% degli accessi con codice verde, giallo e rosso, sono indicate in Tabella 7. Traumi minori e il dolore addominale o toracico e la dispnea giustificano come siano internisti e chirurghi ad avere il maggior carico di questi codici.

Tabella 7 - Accessi con codice verde, giallo e rosso per motivo di presentazione

Viene Per	GIALLO	ROSSO	VERDE	Totale complessivo
TRAUMA MINORE	399	16	5221	5636
DOLORE ADDOMINALE	136	7	3893	4036
ALTRA SINTOMATOLOGIA	151	40	2681	2872
DOLORE TORACICO	1655	27	535	2217
DISPNEA	603	322	877	1802
EVENTI NEUROLOGICI	688	75	548	1311
FERITE	32	24	1179	1235
PERDITA DI COSCIENZA	492	28	697	1217
ASTENIA	48	2	1018	1068
VERTIGINI	33	1	891	925

Le suddette motivazioni, in gran parte confermate dalla diagnosi di dimissione (tabella 8), giustificano il livello di coinvolgimento dei consulenti di PS, ove operano in modo dedicato, h24, il cardiologo e l'anestesista.

Va comunque precisato che, in molta parte dei casi, alla dimissione la diagnosi resta non specificata, ripetendosi la sola sintomatologia del quadro clinico, deponendo ciò per situazioni di modesta gravità.

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N. 2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Tabella 8 – Concordeza tra motivazione della presentazione in PS e diagnosi di dimissione (in giallo il numero maggiore di casi)

DIAGNOSI DI DIMISSIONE	MOTIVO DI PRESENTAZIONE IN PS												Totale complessivo	
	CARDIOPALMO	CEFALEA	DISPNEA	DOLORE ADDOM.	DOLORE TOR.	NEUROLOGICI EV.	LIPOTIMIA	PERDITA COSCIENZA	PIRESSIA	POLITRAUMA	LOGICI	TRAUMA MINORE		VERTIGINI
CONCUSSIONE CON NESSUNA PERDITA DI COSCIENZA		16		1	2	2		14		18		1826	5	1884
ALTRO MALESSERE ED AFFATICAMENTO	94	40	117	23	90	112		194	25	24		18	125	862
ALTRO DOLORE TORACICO	22		34	16	615	3		1	1	3		12	5	713
COLICA RENALE				639	1				4			2	1	649
DOLORE TORACICO NON SPECIFICATO	23	1	27	6	523	1		3					3	587
DISTORSIONE E DISTRAZIONE DEL COLLO		4		1								538	8	551
SINCOPE E COLLASSO	3	5	8	2	7	33		384		1	4	28	17	492
CEFALEA	2	379	5	4	3	29		7		3		11	31	477
DOLORE ADDOMINALE EPIGASTRICO	9	1	3	169	154			1	4		35	3	7	386
FEBBRE	2	13	25	10	14	16		14	272		8	1	5	380
DOLORE ADDOMINALE DI ALTRE SEDI SPECIFICATE				339	1			1	3		4			348
ALTRI SINTOMI RELATIVI ALL'ADDOME E AL BACINO			1	291	3					6		3	1	306
VERTIGINI	2	13	1	1	5	11		3		5		4	207	252
BRONCOPOLMONITE, NON SPECIFICATA	2	1	114	8	24	16		4	69	3		4	3	248
FIBRILLAZIONE ATRIALE	166		21		39	6		6		1		2	6	247
DIARREA		2	6	41	1	1		6	8		146	1	2	214
ALTRE COMPLICAZIONI PRECOCI DI TRAUMATISMI		2			1			1		6		193		203
ALTRE FORME DI EPILESSIA, SENZA MENZIONE DI EPILESSIA NON TRATTABILE		5	5			74		87	2			2	3	178
INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA N.S. (SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIONE S.I.)	9		148		8	2		2	3				1	173
PALPITAZIONI	144		3		17			1					2	167
CON CONCUSSIONE, NON SPECIFICATA		2				2		11		4		145	2	166

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

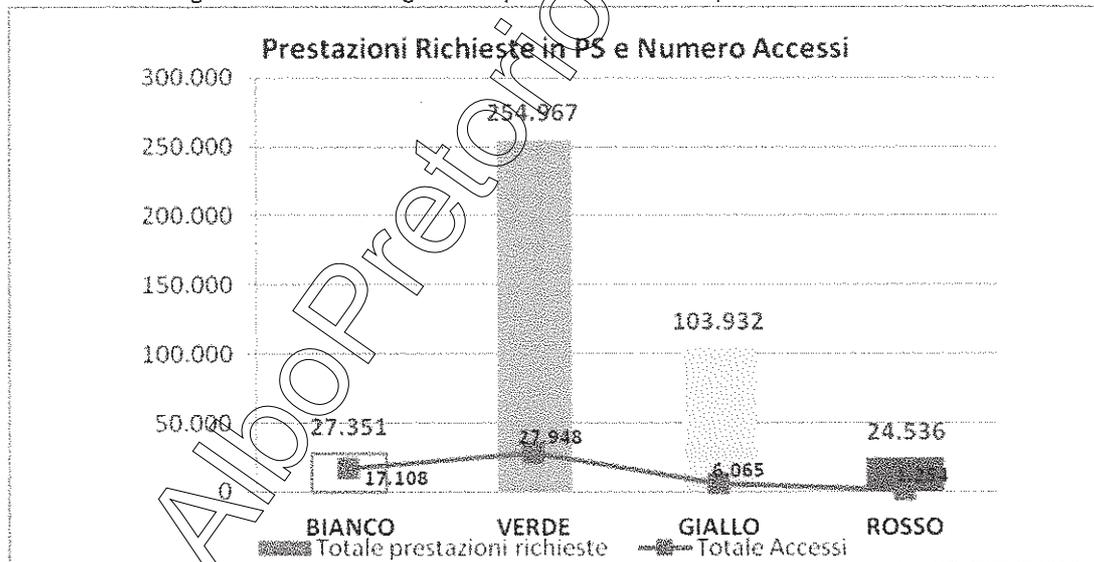
Nell'analisi del funzionamento e organizzazione del PS generale non può essere trascurato il contributo dato dai Servizi, Laboratorio e Radiologia, e dai Consulenti, che concorrono a gestire direttamente i pazienti a maggior gravità o con patologie specifiche.

Nel 2012 presso il PS sono state richieste un totale di 563 tipologie di prestazioni, per un volume pari a 410.568 unità, di cui il 65% svolte per pazienti con codice verde (254.967), il 25% per pazienti con codice giallo (103.932), il 7% (27.351) per pazienti con codice bianco e il 6% (24.536) per pazienti con codice rosso.

Relazionando tale dato con il numero di accessi si evidenzia che in media un paziente con codice verde riceve 9 prestazioni, un paziente con codice giallo riceve 17 prestazioni, un codice bianco 2 prestazioni e un codice rosso 19 prestazioni.

Si segnala che il 70% delle prestazioni svolte in PS (pari a 292.819) si riferiscono a esami di laboratorio. In particolare, escludendo i codici bianchi il 40% dei pazienti che accedono al PS vengono sottoposti ad un set standard di esami (s-potassio, s-sodio, s-creatinina, s-urea, sg-es.emocromocitometrico).

Figura 11. Accessi PS generale per codice e media prestazioni richieste



Successivamente abbiamo analizzato "l'utilizzo" delle consulenze specialistiche, escludendo quindi gli esami di laboratorio o radiologici. In particolare, escludendo le visite relative al percorso Fast Track, quali le dermatologiche, le oculistiche, e le ORL, si evidenziano 47.832 visite.



ALLEGATO ALLA

DETERMINAZIONE N.

2588

del

10 DIC. 2013

Att. n.

1423/2012

Tabella 8 Numero di consulenze eseguite rispetto al codice colore, relativo all'anno 2012.

Prestazione	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	Totale
VISITA SPECIALISTICA INTERNISTICA	1.322	11.742	4.868	1.071	19.003
VISITA SPEC. CHIRURGICA	2.117	14.725	1.058	216	18.116
VISITA SPEC. NEUROLOGICA	116	2.085	1.190	251	3.642
VISITA SPEC. CARDIOLOGICA	27	1.008	2.015	258	3.308
VISITA SPEC. PSICHIATRICA	75	1.247	425	41	1.788
VISITA SPEC. NEUROCHIRURGICA	22	498	193	82	795
VISITA SPEC. ANESTESISTA/RIANIMATORE	2	102	177	345	626
VISITA SPEC. TRAUMATOLOGICA	22	377	126	29	554
<b>Totale visite</b>	<b>3.703</b>	<b>31.784</b>	<b>10.052</b>	<b>2.293</b>	<b>47.832</b>

Si segnala che la visita specialista internistica e la visita specialista chirurgica corrispondono alla valutazione di accettazione del paziente, assegnato rispettivamente alle due aree – medica o chirurgica – dopo il triage.

Le consulenze più numerose richieste dal medico del PS, sono rispettivamente quella neurologica (n. 3.642) e quella cardiologica (n. 3.308) con una differente distribuzione in base al codice. Interessante il risultato relativo alla gestione dei pazienti più gravi.

Complessivamente nei codici maggiori, la gestione prevede il medico di PS e un consulente. Su un numero totale di accessi con codice rosso pari a 1.287 casi, la consulenza del rianimatore è stata richiesta in 345 casi, del cardiologo in 258 casi e in 251 del neurologo.

Per quanto riguarda il neurologo e il cardiologo, questi vengono chiamati anche per i codici gialli e i codici verdi.

Infine è importante osservare il numero di accessi per esito (tabella 9), ove si rileva una percentuale di ricovero in linea con quella degli altri presidi di Milano e della Lombardia, mentre la quota maggioritaria esita in dimissione e invio al curante.



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N°

2588

del

10 DIC. 2013

Atti n.

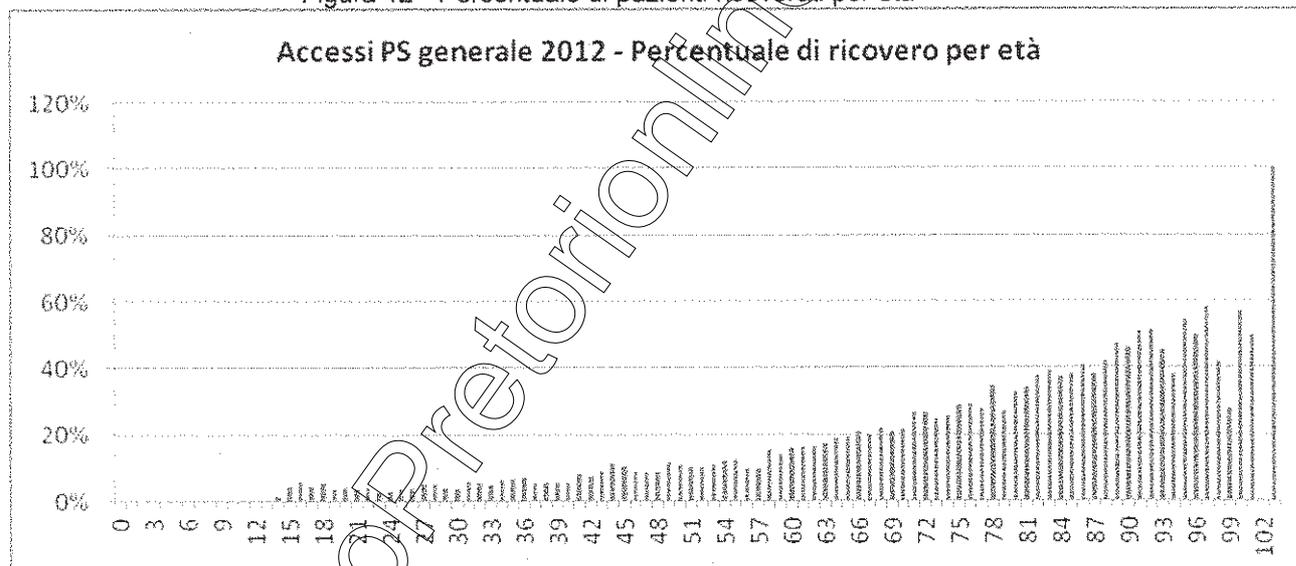
1423/2012

Tabella 9. Accessi PS generale 2012 per esito

ESITO	Numero accessi	Percentuale su totale accessi
DIMESSO, INVIATO AL CURANTE	20299	38,8%
DIMESSO	17339	33,1%
RICOVERO INTERNO (PRESSO LA FONDAZIONE)	7105	13,6%
ALLONTANATOSI SPONT. (PRIMA VISITA)	3291	6,3%
ALLONTANATOSI SPONT.(DOPO VISITA)	1321	2,5%
RIFIUTA OSSERVAZIONE	1006	1,9%
INVIATO VERSO ALTRO OSPEDALE	782	1,5%

Il dato di rilievo, in termini di impatto, riguarda ovviamente i ricoveri: la loro distribuzione per età evidenzia un andamento di tipo esponenziale (Figura 12).

Figura 12 - Percentuale di pazienti ricoverati per età



Non va dimenticato che vi è una quota di accessi, soprattutto con codice verde e giallo, che si rivela in realtà a minor gravità ed infatti all'uscita viene riclassificato rispettivamente in bianco o verde, o non classificato (poichè nella maggior parte dei casi si allontana spontaneamente<sup>2</sup>); il fenomeno opposto - incremento della gravità - è invece residuale.

<sup>2</sup> Dal luglio 2013 la Regione ha previsto un algoritmo rigido per il passaggio da verde a bianco con quindi assoggettabilità al pagamento del ticket.

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Pag. 18

Tabella 10 . Accessi 2012 per codice di priorità assegnato al triage e codice di uscita assegnato dopo visita.

Codice Ingr.	Codice Usc.					Totale complessivo
	BIANCO	GIALLO	N.D.	ROSSO	VERDE	
BIANCO	13732	13	1261		2102	17108
VERDE	6860	984	2014	35	18055	27948
GIALLO	211	4249	13	51	1541	6065
ROSSO	15	188	3	956	92	1254

**In sintesi:**

**Nel PS generale della Fondazione il 30% di tutti gli accessi è in persone con 65 anni di età e oltre.** In tale fascia di età si concentrano i codici di maggior priorità, mentre al di sotto dei 18 aa il 90% è costituito da codici bianchi.

Le motivazioni con cui si presentano i pazienti cui viene attribuito codice bianco sono di carattere dermatologico, oculistico, otorinolaringoiatrico e dunque trovano risposta nei cosiddetti fast-track.

**I pazienti cui viene assegnato un codice verde, giallo o rosso, per il 30% con più di 65 aa, afferiscono quasi esclusivamente alle sale di medicina e chirurgia d'urgenza per traumi minori, dolore addominale o toracico, dispnea ed eventi neurologici.** Circa un terzo dei codici verdi in ingresso, all'esame e visita, risultano poi riclassificati in bianchi.

**Una quota consistente di pazienti si presenta ripetutamente in PS nel corso dell'anno:** 4655 persone si sono recate due volte in PS, 1541 da 3 a 10 volte; complessivamente gli accessi ripetuti sono stati oltre 15.000. Le motivazioni e la gravità degli accessi sono modeste, l'ambito di gestione internistico o chirurgico.

**Il principale esito è la dimissione con o senza invio al curante per ulteriori accertamenti o cure.** Tra i ricoverati, pari complessivamente al 14%, prevalgono ancora una volta gli anziani, che costituiscono infatti il 63% di tutti i ricoveri.

In una percentuale intorno al 25-30% il codice di priorità assegnato all'ingresso viene ridotto in base agli accertamenti.



#### 4) Valutazione degli accessi per impatto sui servizi

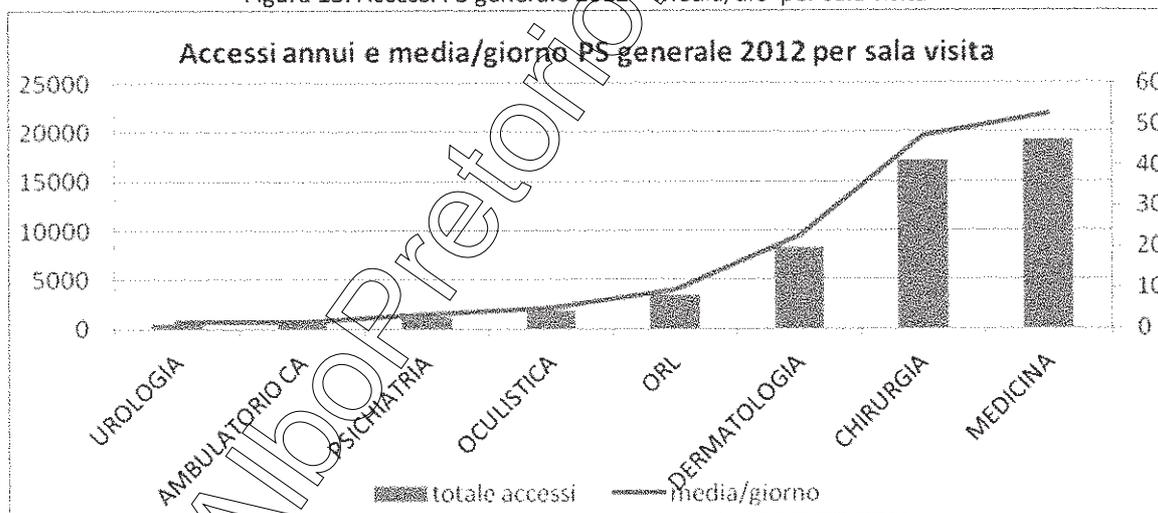
Per caratterizzare ulteriormente la tipologia dell'attività del PS generale della Fondazione abbiamo suddiviso gli accessi per "sala visita", intesa come l'ambito specialistico a cui il triage indirizza i pazienti.

Nella figura 13 abbiamo il totale di accessi per sala e la media giornaliera; il carico principale è sostenuto dalle sale di medicina interna e chirurgia generale (che comprende anche la traumatologia), con una media di 40-50 accessi/die.

Le sale di dermatologia, oculistica e otorinolaringoiatria presentano accessi più ridotti, ma soprattutto vengono gestiti come fast track, con anche fasce di accesso predefinite.

Infine le sale di psichiatria e urologia, che operano nel PS generale hanno una propria autonomia gestionale e dunque possono essere considerate a sé stanti.

Figura 13. Accessi PS generale 2012 - Media/die per sala visita



Ai fini della gestione del PS generale e dell'impatto organizzativo sono dunque le sale internistica e chirurgica a dover essere considerate più in dettaglio.

Nei grafici successivi (fig.14;15;16) sono dunque evidenziate tali sale suddivise per codice, ora e giorno di accesso, ove si evidenzia come l'andamento orario dei flussi nelle due sale si modifichi in modo trascurabile rispetto ai giorni della settimana.



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Att. n. 1423/2012

Figura 14 . Accessi PS generale 2012 – Sale medica e chirurgica per codice

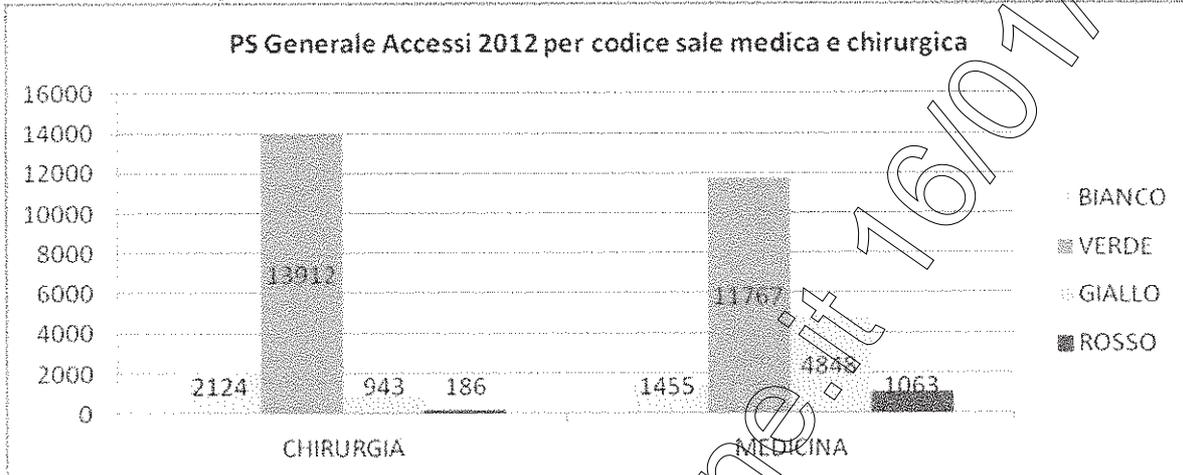


Figura 15. Accessi PS generale 2012 – Sala chirurgica per giorno della settimana e ora del giorno

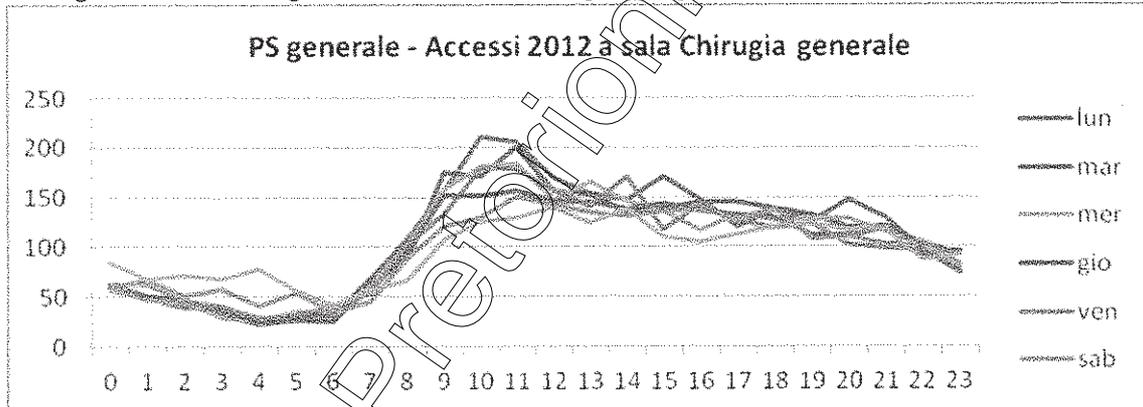
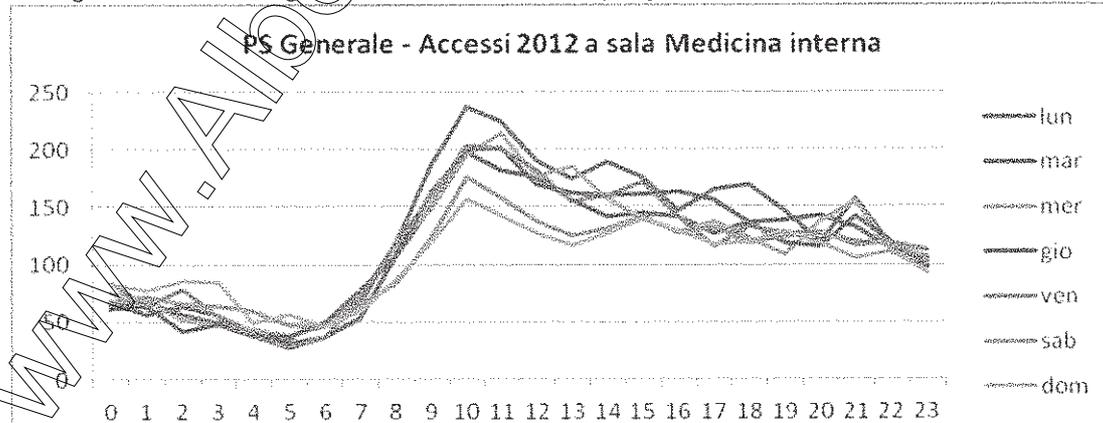


Figura 16. Accessi PS generale 2012 – Sala medica per giorno della settimana e ora del giorno



IRCCS di natura pubblica

*Handwritten signature*



ALLEGATO ALLA

DETERMINAZIONE N.

2588

del

10 DIC. 2013

Atti n.

1423/2012

Analizzando ulteriormente gli accessi e il funzionamento di quello che è il carico effettivo del PS generale si evidenziano alcune caratteristiche, oltre a quanto in precedenza illustrato e cioè che i codici maggiori sono assegnati in prevalenza a pazienti anziani, nei cui confronti si registrano poi le più elevate percentuali di ricovero.

Nelle tabelle successive, sono descritti gli esiti e le principali diagnosi di dimissione per le due sale a maggior impatto, comprensive di tutti gli accessi, indipendentemente dal codice. Si evidenzia una quota consistente di diagnosi non definite, in molti casi attribuibile al fatto che il paziente si è allontanato prima della valutazione definitiva.

Tabella 11. Diagnosi di dimissione ed esito sala chirurgica

DIAGNOSI DI DIMISSIONE	ALLONTANATOSI	DIMESSO	INVIATO VERSO ALTRO OSPEDALE	RICOVERO INTERNO (PRESSO LA FONDAZIONE)	RIFIUTA RICOVERO/OSSERVAZIONE	Totale complessivo
CONCUSSIONE CON NESSUNA PERDITA DI COSCIENZA	120	1534	43	59	152	1920
NON DEFINITO	1137	4		1	1	1143
COLICA RENALE	5	715	1	16	13	750
DISTORSIONE E DISTRAZIONE DEL COLLO	11	560	3	2	3	579
LOMBALGIA	5	484	11	8	4	512
FERITA DELLE DITA DELLA MANO SENZA MENZIONE DI COMPLICAZIONI	3	486	2	1	2	494
DOLORE ADDOMINALE DI ALTRE SEDI SPECIFICATE	10	345		23	17	395
ALTRI SINTOMI RELATIVI ALL'ADDOME E AL BACINO	14	299	3	40	13	369
ALTRE COMPLICAZIONI PRECOCI DI TRAUMATISMI	10	251	9	6	7	283
DOLORE ADDOMINALE EPIGASTRICO	5	156	1	1	4	168



ALLEGATO ALLA

DETERMINAZIONE N. 2588

del 10 DIC. 2013

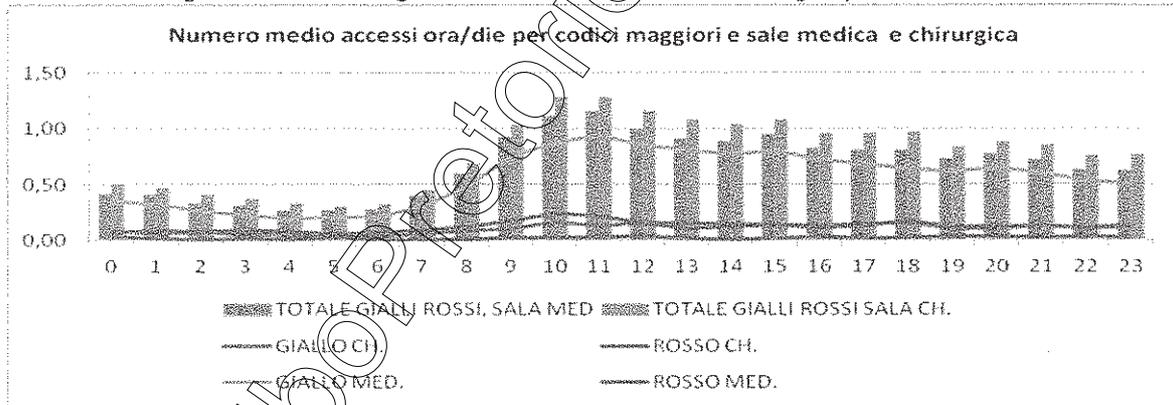
Atti n. 1423/2012

Tabella 12. Diagnosi di dimissione ed esito sala medica

DIAGNOSI DIMISSIONE	DI	ALLONTAN ATOSI	DIMESSO	INVIATO VERSO ALTRO OSPEDALE	RICOVERO INTERNO (PRESSO LA FONDAZIONE)	RIFIUTA RICOVERO/OSSE RVAZIONE	Totale complessivo
NON DEFINITO		1999	1			1	2001
ALTRO MALESSERE ED AFFATICAMENTO		61	1387	6	49	85	1588
ALTRO DOLORE TORACICO		19	612	1	25	71	728
DOLORE TORACICO NON SPECIFICATO		18	464	2	44	105	633
SINCOPE E COLLASSO		11	332	7	167	54	571
CEFALEA		15	426	5	28	37	511
FEBBRE		3	241	11	179	19	453
DOLORE ADDOMINALE EPIGASTRICO		6	320		12	22	360
BRONCOPOLMONITE, NON SPECIFICATA		0	60	9	244	9	322

Infine nelle figure successive è indicato il numero medio di accessi nelle due sale per codici maggiori e minori.

Figura 17. Accessi PS generale 2012 – sale medica e chirurgica per codice e ora



IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA

DETERMINAZIONE N.

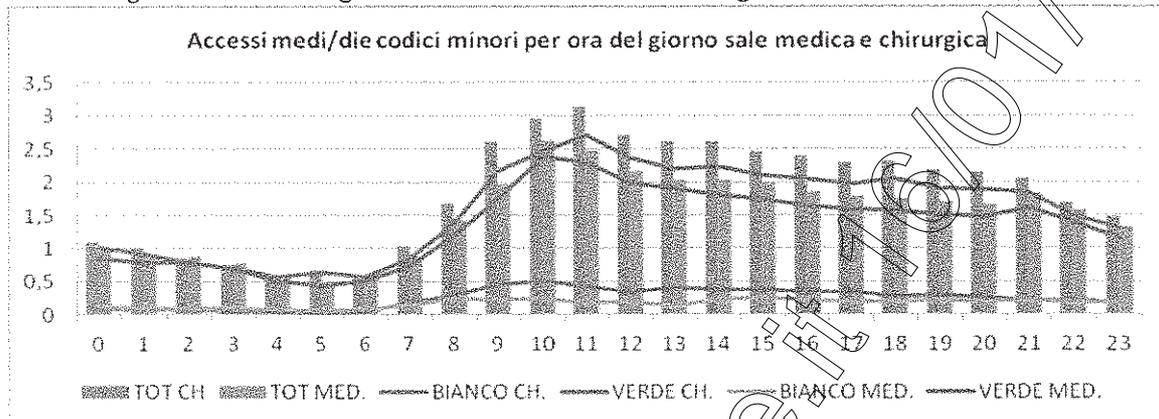
2588

del 10 DIC. 2013

Atti n.

1423/2012

Figura 18. Accessi PS generale 2012 – sale medica e chirurgica numero accessi medi/ora



#### In sintesi:

I codici maggiori riguardano prevalentemente l'area medica, in particolare l'ambito cardiorespiratorio e neurologico, e presentano una distribuzione costante nelle ore e nei giorni.

I codici maggiori chirurgici sono correlati di norma ai traumi.

I codici minori, che gravano in misura sovrapponibile tra sala medica e chirurgica, sono costituiti prevalentemente da traumi minori o malesseri non definiti.

#### 5) Approfondimento sul fenomeno degli "accessi ripetuti".

Un ulteriore tema, per comprendere il funzionamento del PS, è quello degli accessi ripetuti, che costituiscono un carico non indifferente.

Considerando i soli accessi per cui è disponibile il Codice Fiscale (e quindi la certezza di univocità di identificazione), che coprono la quasi totalità degli casi (96%), si evidenziano 6254 soggetti che hanno avuto, nel solo 2012, 2 o più accessi; tra i soggetti che hanno avuto 10 o più accessi, ve ne sono 4 rispettivamente con 29, 33, 60 e 74 accessi ciascuno.



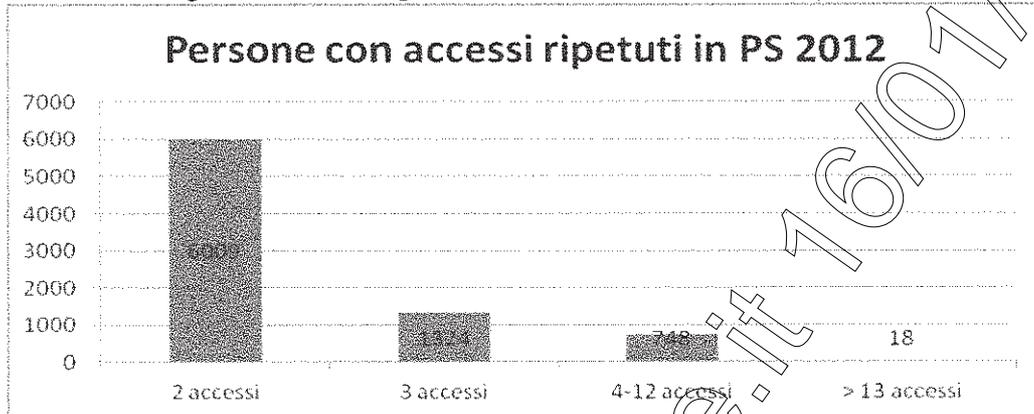
ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Att. n. 1423/2012

Figura 19. Accessi PS generale 2012 – Persone con accessi ripetuti



Tale fenomeno, dell'accesso ripetuto, ha un impatto significativo poiché 6254 soggetti, pari al 4% di tutte le *persone* che si sono presentate in PS (42.436), hanno generato 16193 accessi, ossia il 30% del totale.

Analogamente è elevato l'impatto sui ricoveri da PS, che, tra tali soggetti con 2 o più accessi nell'anno, costituisce l'esito nel 17% dei casi; ancor più rilevante è però il dato del numero di persone che contribuisce a rendere tale percentuale di poco superiore alla media generale: infatti solo 1819 pazienti (su 42436 persone che hanno avuto accesso al PS nel 2012) generano 2776 ricoveri, pari al 38% di tutti i ricoveri.

Di seguito sono stati esaminati tre gruppi principali e cioè persone con più di 12 accessi nell'anno, persone con 4-11 accessi e persone con 2-3 accessi annui.

a. Persone con 12 o più accessi nel 2012

Nel grafico successivo si evidenzia la distribuzione per codici di ingresso dei 18 pazienti, che hanno da soli generato 447 accessi. L'età media è di 54 anni, con un solo soggetto ultrasessantacinquenne.

Si evidenzia la preponderanza di codici minori e l'episodicità di codici maggiori.



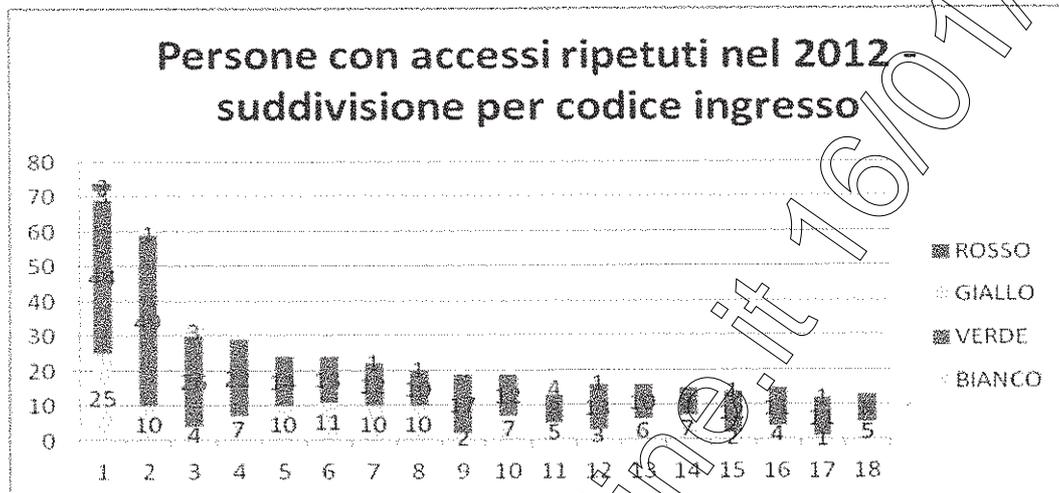
ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Figura 20. Accessi PS generale 2012 –per codice di ingresso ed età



Il "profilo" prevalente in questo gruppo di pazienti è quello del disagio sociale, comprensivo anche di patologie psichiatriche (112 accessi sono in sala psichiatrica, 229 in sala medica).

Anche il motivo per cui il paziente si è recato in PS conferma l'aspecificità ( 105 accessi per "altra sintomatologia", 85 per "problemi psichiatrici cronici", 68 per "intossicazione", 45 per "dolori addominali").

L'impatto sui servizi di pronto soccorso si traduce in una permanenza sopra la media all'interno del PS e nel ricovero in una percentuale del 4%; significativo è che il 46% degli accessi sia esitato nell'allontanamento spontaneo da parte del paziente, evidentemente non sussistendo condizioni di emergenza che motivassero l'accesso stesso al PS.

In conclusione questo gruppo di iperconsumatori ( 18 persone costituiscono l'0.03% di tutti gli accessi) si traduce in soggetti che ricorrono al PS per problematiche di carattere sociale, che gravano soprattutto sull'area di attesa e di astanteria, esitando solo occasionalmente nel ricovero.

a. Persone con dai 4 agli 11 accessi

Sono 613 le persone che, nel 2012, hanno generato da 4 a 12 accessi a testa, per un totale di 3051 (6% degli accessi totali). L'età media nel gruppo è di 58 aa, la distribuzione per anno nel grafico seguente.



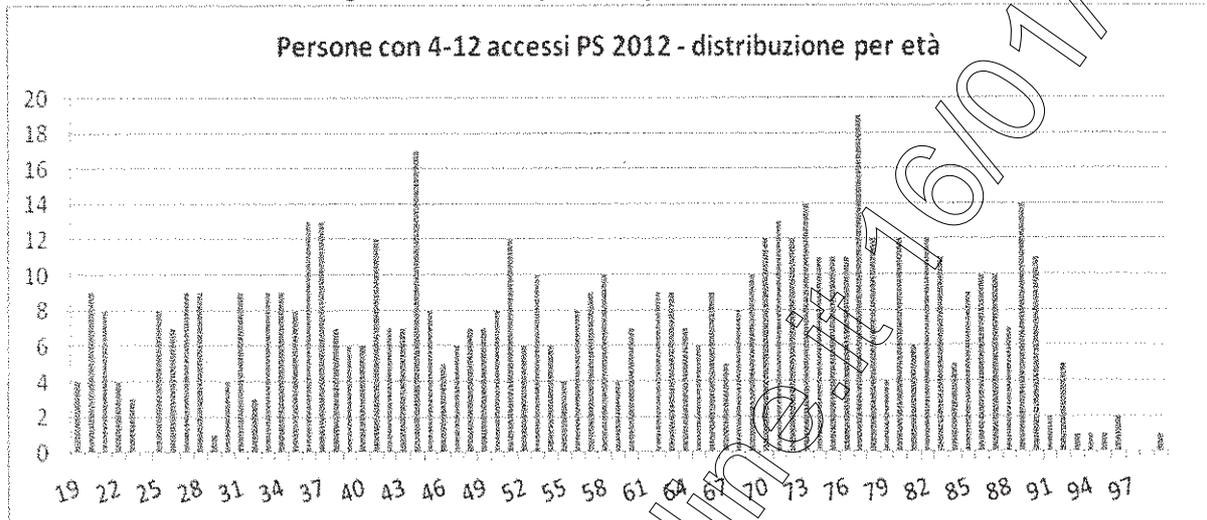
ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

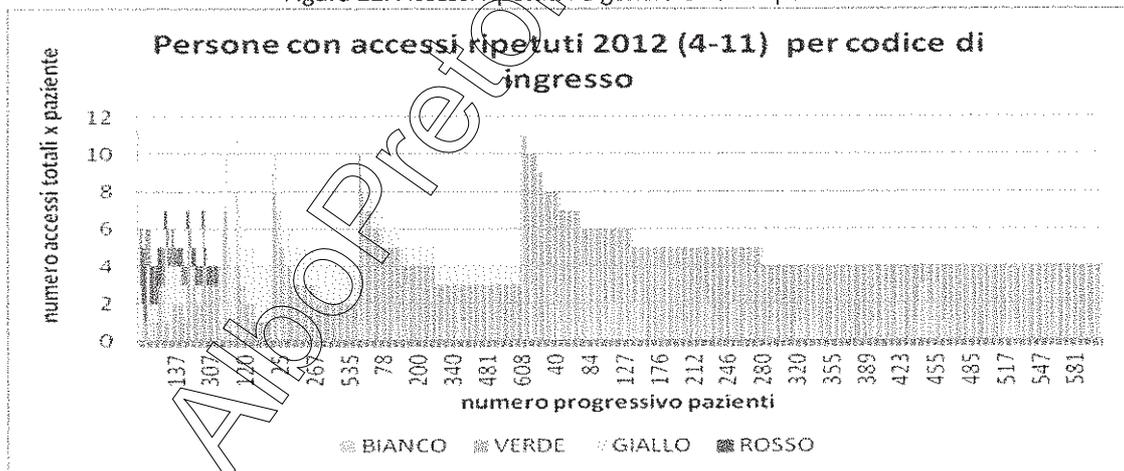
Atti n. 1423/2012

Figura 21. Accessi ripetuti PS generale 2012 –per età



La distribuzione per codice di ingresso evidenzia in modo quasi identico la distribuzione percentuale generale (85% codici minori, 13% gialli, 2% rossi); si specifica inoltre che il 60% delle persone non ha avuto nell'anno nessun accesso con codice giallo o rosso.

Figura 22. Accessi ripetuti PS generale 2012 –per età



Le sale ove sono stati indirizzati i pazienti sono indicate nella tabella seguente e si ripete quanto già affermato in precedenza e cioè l'elevato carico in aree di medicina e chirurgia d'urgenza.

*Handwritten signature*



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N. 2588

del 10 DIC. 2013

Att. n. 1423/2012

Tabella 13. Accessi ripetuti per sala

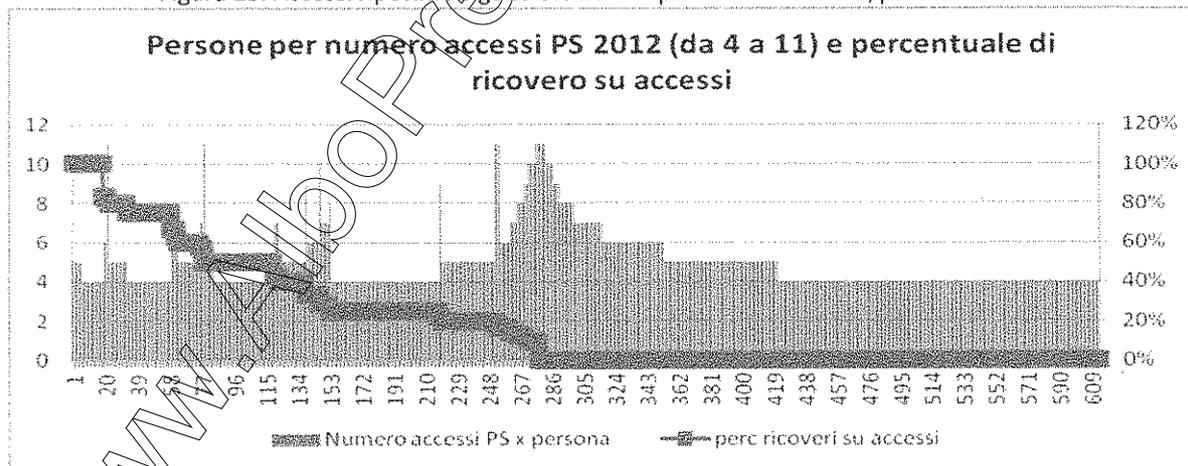
AMB. CA	CHIRURGIA	DERMATOLOGIA	MEDICINA	OCULISTICA	ORL	PSICHIATRIA	UROLOGIA
38	767	194	1290	187	207	312	56
1%	25%	6%	42%	6%	7%	10%	2%

Relativamente all'esito la situazione è da analizzare nel dettaglio: se infatti, sul totale, la percentuale di pazienti che vengono ricoverati è del 18,9%, quindi superiore alla media generale (13%), in realtà è una parte minoritaria degli utenti che contribuisce a tale valore. Sono infatti solo 278 i soggetti che generano ricoveri, come evidenziato nel grafico successivo.

Tabella 14. Accessi ripetuti per esito

ESITO	NUMERO	%
ALLONTANATOSI SPONTANEAMENTE (DOPO LA VISITA)	125	4,1%
ALLONTANATOSI SPONTANEAMENTE (PRIMA DELLA VISITA)	237	7,8%
DECEDUTO	3	0,1%
DIMESSO	937	30,7%
DIMESSO, AFFIDATO AI FAMILIARI	46	1,5%
DIMESSO, AFFIDATO ALL'AMBULANZA	2	0,1%
DIMESSO, AFFIDATO ALLE FORZE DELL'ORDINE	4	0,1%
DIMESSO, INVIATO AL CURANTE	987	32,4%
INVIATO VERSO ALTRO OSPEDALE	55	1,8%
RICOVERO INTERNO (PRESSO LA FONDAZIONE)	577	18,9%
RIFIUTA OSSERVAZIONE	46	1,5%
RIFIUTA RICOVERO	18	0,6%
TORNATO AD ALTRO OSPEDALE/REPARTO	14	0,5%

Figura 23. Accessi ripetuti PS generale 2012 – per numero accessi/persona e esito



IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del

10 DIC. 2013

Atti n.

1423/2012

Le UUOO maggiormente coinvolte sono la Psichiatria (17% dei ricoveri di questo gruppo, dati da 47 soggetti che generano 100 ricoveri, sempre in SPDC), la medicina Interna 2-3 (12%), la Medicina Interna 1° e 1B (11%), la Medicina d'Urgenza (10%). Complessivamente l'area internistico-geriatrica assorbe quindi il 36% dei ricoveri ripetuti di questo gruppo di persone ( si tratta di 80 persone che vengono ricoverate ripetutamente in UO di tale area, di 45 che oltre all'area internistica subiscono ricoveri anche in UO specialistiche).

L'articolazione nell'anno dei ricoveri ripetuti è abbastanza omogenea per la Psichiatria – evidentemente vincolata anche al numero di posti letto e alla disponibilità- maggiormente concentrata nella stagione invernale nell'area internistico-geriatrica.

In conclusione si può dire che tra le persone che accedono ripetutamente al PS, il gruppo con 4-12 accessi a testa, costituisce il maggior onere sia a livello quantitativo, che qualitativamente, poiché genera un rilevante numero di ricoveri. Si tratta anche in questo caso di soggetti con disagio sociale – che gravitano quasi esclusivamente sulla Psichiatria- o con patologie di carattere cronico, pur non essendo di età avanzata.

b. Persone con 2-3 accessi

Le persone che hanno avuto 2-3 accessi al PS nel corso del 2012 sono state 5594 e presentano il seguente profilo:

- I codici prevalenti sono bianco e verde (85%)
- Le sale cui vengono indirizzati sono la sala medica (38%) e quella chirurgica (31%)
- La percentuale di soggetti che vengono poi ricoverati lievemente sopra la media (18%)
- L'età prevalente inferiore ai 65 anni ( 63%) suddivise per codice come da tabella seguente, e quindi con una ripartizione percentuale simile alla totalità degli accessi.

In ogni caso è questo il gruppo a dare il maggior apporto agli accessi ripetuti, con indubbio carico assistenziale, seppure di non particolare impegno clinico.

5) Approfondimento su ricoveri generati dal PS generale

Rispetto ai 52.375 accessi registrati da PSnet nell'anno 2012, 7.105 hanno portato all'esito di "Ricoverato presso la Fondazione". La percentuale quindi di pazienti ricoverati è pari a 13.6%. In particolare, la percentuale di ricoverati suddivisa per codice di triage all'ingresso evidenzia che l'1% dei codici bianchi è successivamente ricoverato, il 14% dei codici verdi, il 37% dei codici gialli e il 67% dei codici rossi.

Per comprendere il percorso complessivo del paziente che accede in PS e che è successivamente ricoverato è necessario incrociare le informazioni raccolte da PSNet con le informazioni presenti nella scheda di dimissione ospedaliera.



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Att. n. 1423/2012

Tale incrocio è possibile attraverso il codice fiscale del paziente e la data di dimissione da PS coincidente con la data di ammissione in reparto. Di conseguenza, la conoscenza del percorso completo del paziente è quindi possibile per 6.469 accessi (pari al 12,4% degli accessi totali e al 91% dei ricoverati indicati da PSNet).

Tabella 15. Ricoveri per codice

Codice Ingresso	PS Net			SDO			
	N. Accessi	N. Ricoveri da PS Net	% Ricoveri	N. Ricoveri SDO (percorso completo)	% Ricoveri	DM	Età media
BIANCO	17.108	156	0,9%	148	0,9%	8,11	51
VERDE	27.948	3.890	13,9%	3.594	12,9%	11,68	66
GIALLO	6.065	2.219	36,6%	2.011	33,2%	10,88	69
ROSSO	1.254	840	67,0%	716	57,1%	12,69	73
<b>Totale</b>	<b>52.375</b>	<b>7.105</b>	<b>13,6%</b>	<b>6.469</b>	<b>12,4%</b>	<b>11,46</b>	<b>67</b>

L'età media dei pazienti ricoverati è crescente rispetto all'urgenza del codice colore identificato: 51 anni per il codice bianco, 66 anni per il codice verde, 69 anni per il codice giallo e 73 anni per il codice rosso.

L'età media complessiva è pari a 67 anni.

La degenza media complessiva dei pazienti ricoverati segue l'andamento dell'età ed è crescente rispetto all'urgenza del codice colore, con la sola eccezione dei codici verdi che risultano avere sia una degenza media che un'età superiore, seppure di poco, rispetto ai codici gialli.

#### a) I reparti che ammettono da PS

I principali reparti che ammettono i pazienti da PS sono rappresentati in Tabella 16 (sono elencati i reparti che complessivamente accettano oltre il 60% del totale dei ricoveri da PS mentre sono stati esclusi quelli che hanno un numero di ricoveri/anno inferiori a 70); a parte verranno considerate le rianimazioni che rappresentano un importante snodo nel percorso del paziente accettato da PS, sia direttamente sia per i trasferimenti successivi (vedi paragrafo b).

La UO che evidenzia una Degenza Media (DM) più elevata per i ricoveri da PS è la ex-medicina interna 2 per una DM pari a 17 giorni, mentre la UO di Otorinolaringoiatria presenta la DM più bassa, con DM pari a meno di 6 giorni. I pazienti con età media più elevata sono ammessi dai reparti di Geriatria (84 anni), Medicine interne 2 e 3 (77 anni) e Medicina d'Urgenza e cardiologia (74 anni).

*efi*



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N. 2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

In particolare, in ogni UO le DM sono variabili in relazione al codice di ingresso del paziente: ad eccezione della chirurgia d'Urgenza, dell'UTIC, della broncopneumologia, della neurochirurgia, della CH generale, si conferma una DM media superiore per i pazienti con codice di ingresso verde rispetto ai pazienti con codice di ingresso giallo.

Tale andamento si conferma anche per i reparti con età dei pazienti ricoverati inferiore alla media, quali la Psichiatria e l'ORL.

Tabella 16. UUOO con ricoveri da PS

Codice Reparto	Descrizione Reparto	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	Totale	%	Σ%	DM	Età Media
2601	Medicina D'Urgenza	5	317	324	226	872	13%	13%	12,8	74,1
0901	Chirurgia D'urgenza	12	544	175	44	775	12%	25%	8,4	57,4
3201	Neurologia	9	212	214	46	481	7%	33%	11,0	61,4
2606	Medicina Interna 2	3	261	125	39	428	7%	40%	16,9	77,3
4001	Psichiatria	3	246	134	5	388	6%	46%	10,3	47,6
2608	Medicina Interna 1A	5	229	100	33	367	6%	51%	14,0	73,4
2609	Medicina Interna 1B	8	227	87	36	358	6%	57%	13,8	72,8
5001	UTIC	2	58	200	49	309	5%	61%	6,6	71,2
2101	Geriatria	3	170	101	22	296	5%	66%	11,9	84,7
2607	Medicina Interna 3	7	164	92	15	278	4%	70%	17,6	77,0
6801	Broncopneumologia	4	138	82	43	267	4%	74%	11,1	71,8
5802	Gastroenterologia 2	5	182	33	5	225	3%	78%	10,2	66,0
0801	Cardiologia	1	54	112	20	187	3%	81%	7,1	74,2
3001	Neurochirurgia	1	93	71	12	176	3%	84%	10,1	60,4
0902	Ch Generale	2	149	19	3	173	3%	86%	9,2	66,2
4301	Urologia	1	141	7		149	2%	89%	9,3	60,2
2901	Nefrologia e Dialisi		99	29	9	137	2%	91%	14,6	67,6
3802	ORL	61	62	10	4	137	2%	93%	5,6	46,6
5801	Gastroenterologia 1	1	105	26	5	137	2%	95%	10,4	65,7
	Altro	16	143	70	100	329	5%	100%	11,8	51,0
	<b>Totale</b>	<b>148</b>	<b>3.594</b>	<b>2.011</b>	<b>716</b>	<b>6.469</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>11,5</b>	<b>67,0</b>

Ipotizzando che ogni paziente trascorra tutta la sua degenza nel reparto che lo ha ammesso da PS, si identifica, per ciascuna UO, il numero totale di giornate di degenza per pz accettati dal PS, suddivisi per codice colore. Complessivamente, risulta che i 6.469 ricoveri da PS generano un totale di 74.160 giornate di degenza, che si traducono in 203 posti letto complessivi al giorno occupati da pazienti da PS. Di questi, 31 sono PL della Medicina d'urgenza, 71 dell'area della medicina e geriatria. Per poter valutare meglio, l'impatto dei ricoveri da PS sulla degenza di ciascuna UOC, è stata valutata la percentuale di PL dedicati al PS rispetto al numero di PL totale (vedi tabella 17).



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Pag. 31

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Tabella 17. UUOO con ricoveri da PS per gg di degenza e codice

Codice	Descrizione Reparto	Giornate di Degenza					PL attività 2012	% PL occupati da ricoveri da PS	PL Equivalenti occupati da PS				
		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	Totale			BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	Totali
2601	Medicina D'Urgenza	75	4.165	3.926	2.991	11.157	37	83%	0	11	11	8	31
2606	Medicina interna 2	54	4.853	1.763	548	7.218	26	76%	0	13	5	2	20
0901	Chirurgia D'Urgenza	72	4.137	1.821	489	6.519	33	54%	0	11	5	1	18
3201	Neurologia	116	2.326	2.200	660	5.302	23	63%	0	6	6	2	15
2608	Medicina Interna 1A	29	3.324	1.345	436	5.134	17	83%	0	9	4	1	14
2609	Medicina Interna 1B	76	3.220	1.159	488	4.943	17	80%	0	9	3	1	14
2607	Medicina Interna 3	103	2.993	1.517	283	4.896	20	67%	0	8	4	1	13
4001	Psichiatria	56	2.613	1.295	48	4.012	15	73%	0	7	4	0	11
2101	Geriatria	34	2.132	1.140	228	3.534	13	74%	0	6	3	1	10
6801	Broncopneumologia	49	1.478	911	517	2.955	21	39%	0	4	2	1	8
5802	Gastroenterologia 2	35	1.922	302	28	2.287	12	52%	0	5	1	0	6
5001	UTIC	14	336	1.313	374	2.037	7	80%	0	1	4	1	6
2901	Nefrologia e Dialisi	//	1.589	252	166	2.007	18	31%	//	4	1	0	5
3001	Neurochirurgia	//	929	759	95	1.783	30	16%	//	3	2	0	5
0902	Ch Generale e Plastica	16	1.362	198	23	1.599	34	13%	0	4	1	0	4
5801	Gastroenterologia 1	9	1.168	222	27	1.426	11	36%	0	3	1	0	4
4301	Urologia	5	1.331	57	//	1.393	19	20%	0	4	0	//	4
0801	Cardiologia	12	435	717	173	1.337	8	46%	0	1	2	0	4
3802	ORL	337	359	49	26	771	13	16%	1	1	0	0	2

I ricoveri generati dai pazienti ammessi da PS sono intercettati da 354 DRG, di seguito riportati con DM e età media dei pazienti ricoverati.

I DRG che rappresentano il 60% dei ricoveri totali sono stati riclassificati secondo 5 macroaree:

- I. area gastroenterologia ed epatica pari al 19% ;
- II. area polmonare/infettiva pari al 12% ;
- III. area cardiologica pari al 10%
- IV. area neurologica pari al 9%.
- V. area psichiatrica pari al 7%;

rappresentate in tabella 18.

IRCCS di natura pubblica



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Tabella 18. DRG di ricoveri da PS per macroaree

Descrizione Area	DRG	Descrizione	N. Ricoveri	DM	Età Media	Indicenza sul totale
Area cardiologica	127	Insufficienza cardiaca e shock	302	11,3	83	5%
	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	67	10,4	76	1%
	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	61	7,0	66	1%
	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	56	6,0	76	1%
	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	55	7,1	78	1%
	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	32	7,0	72	0,5%
Area gastroenterica e fegato	174	Emorragia gastrointestinale con CC	86	9,5	73	1%
	183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	79	5,3	58	1%
	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	74	5,8	68	1%
	208	Malattie delle vie biliari senza CC	67	8,2	61	1%
	202	Cirrosi e epatite alcolica	66	12,5	59	1%
	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	59	14,8	75	1%
	182	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	53	9,2	70	1%
	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	52	14,6	78	1%
	205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	52	11,8	65	1%
	569	interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	51	17,9	68	1%
	207	Malattie delle vie biliari con CC	50	10,4	68	1%
	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	42	7,5	51	1%
	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	40	2,4	33	1%
	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	39	12,1	64	1%
	180	Occlusione gastrointestinale con CC	39	12,4	70	1%
	188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	37	8,2	71	1%
175	Emorragia gastrointestinale senza CC	35	5,9	72	1%	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	33	5,1	53	1%	
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	33	7,4	62	1%	
Area Neurologica	14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	252	13,5	76	4%
	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	86	8,6	53	1%
	524	Isclemia cerebrale transitoria	75	12,2	76	1%
	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	67	11,7	63	1%
	562	Convulsioni, età > 17 anni con CC	49	14,1	67	1%
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	38	14,7	68	1%	
Area Polmonare/infettiva	90	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	77	9,2	75	1%
	82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	61	12,9	73	1%
	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	138	10,5	76	2%
	89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	282	14,2	79	4%
	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	223	12,1	77	3%
79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	82	19,8	77	1%	
Area Psichiatrica	430	Psicosi	236	10,8	49	4%
	429	Disturbi organici e ritardo mentale	84	13,5	69	1%
	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	52	7,3	41	1%
	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	32	8,7	43	0,5%

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

### b) Attività di ricovero dal PS generale delle rianimazioni

Le rianimazioni sono uno dei principali reparti di supporto del PS generale dove vengono inviati direttamente – o dopo trasferimento – i pazienti più critici.

Nel 2012, dei 6.469 pazienti che sono stati ricoverati, circa il 2% dei pazienti è stato ammesso nelle rianimazioni. Se si considera solo il sottogruppo dei pz ricoverati accettati con codice rosso (n. 716), il 17% viene ricoverato direttamente in rianimazione e il 38% delle giornate di degenza della rianimazione (vecla, neuro rianimazione, TIPO) sono generate dai ricoveri ammessi da PS. Inoltre si evidenzia che si tratta di pazienti più giovani (età media 56,9) rispetto all'età media della popolazione generale che accede al nostro PS.

Tabella 19 – Pazienti ricoverati da PS nelle rianimazioni

Codice	Descrizione	N. Ricoveri da PS	Età Media Paziente
4903	Neuroranimazione	63	56,5
4901	Vecla	55	57,0
4906	TIPO	5	60,6
4902	TI Pediatrica	1	63,0
<b>Totale</b>		<b>124</b>	<b>56,9</b>

Come anticipato, la maggior parte dei pazienti ricoverati evidenzia un codice colore rosso in ingresso e vengono ricoverati in oltre il 50% dei casi nel reparto di neuro rianimazione.

Tabella 20 – Pazienti ricoverati da PS nelle rianimazioni secondo codice di triage

Codice	Descrizione	Codice di Ingresso				Totale
		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	
4903	Neuroranimazione	//	3	15	45	63
4901	Vecla	//	4	9	42	55
4906	TIPO	//	1	1	3	5
4902	TI Pediatrica	//			1	1
<b>Totale</b>		<b>//</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>91</b>	<b>124</b>

La rianimazione tipicamente rappresenta un reparto di passaggio, seguito dal trasporto nelle UO di degenza. Si segnala che in particolare si identificano diversi percorsi per i pazienti da PS ammessi nelle rianimazioni:



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Pag. 34

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del

10 DIC. 2013

Att. n.

1423/2012

- nella neuro rianimazione il 44% dei pazienti è successivamente sottoposto ad intervento chirurgico e conclude il ricovero presso il reparto di neurochirurgia, mentre il 28% dei pazienti è dimesso direttamente dalla neuro rianimazione (dettagli in Figura 1);
- presso il vecla, il 35% dei pazienti entrati da PS è dimesso direttamente dalla terapia intensiva, il 22% dei pazienti è trasferito successivamente in reparti chirurgici, mentre il 18% è trasferito in area medica, un 18% di pazienti è trasferito in altre aree critiche (UTIC, Neurorianimazione, TIPO) e 4 pazienti sono trasferiti in psichiatria (dettagli in Figura 2).

Tabella 21 - Percorsi dei pazienti ammessi dalla Neurorianimazione

Rep ammissione	DM Rep Ammissione	Rep di 1 Trasferimento	DM Rep 1 Trasferimento	Rep 2 Trasferimento	DM Rep 2 Trasferimento	Rep 3 Trasferimento	DM Rep 3 Trasferimento	DM Tot	N. Ricoveri	Età Media Pz
Neurorianimazione	9,3	Neurochirurgia	11,9					21,2	28	54,4
Neurorianimazione	7,6							7,6	18	67,9
Neurorianimazione	6,6	Neurochirurgia	4,8	Neurorianimazione	2,8	Neurochirurgia	11,2	25,4	5	61,6
Neurorianimazione	1,7	Ch D'Urgenza	9,7					11,3	3	29,0
Neurorianimazione	2,5	Ch Maxillo	7,5					10,0	2	47,5
Neurorianimazione	10,0	Ch D'Urgenza	0,0	Neurorianimazione	9	Vecla	18	37,0	1	24,0
Neurorianimazione	3,0	Ch Vascolare	5,0					8,0	1	53,0
Neurorianimazione	2,0	Ch Vascolare	0,0	Ch D'Urgenza	10			12,0	1	42,0
Neurorianimazione	3,0	Medicina D'Urgenza	23,0	Ch Toracica	8	TIPO	26	60,0	1	78,0
Neurorianimazione	20,0	TI Pediatrica	0,0	Neurorianimazione	2			22,0	1	70,0
Neurorianimazione	9,0	TI Pediatrica	2,0	Neurorianimazione	6	Neurochirurgia	5	22,0	1	19,0
Neurorianimazione	3,0	Broncopneumologia	3,0					6,0	1	38,0

IRCCS di natura pubblica

*efv*



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Pag. 35

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Tabella 22 – Percorsi dei pazienti ammessi dalla Rianimazione Vecla

Rep ammissione	DM Rep Ammissione	Rep di 1 Trasferimento	DM Rep 1 Trasferimento	Rep 2 Trasferimento	DM Rep 2 Trasferimento	Rep 3 Trasferimento	DM Rep 3 Trasferimento	DM Tot	N. Ricoveri	Età Media Pz
Vecla	4,2							4,2	19	62,7
Vecla	5,6	Ch D'Urgenza	15,0					20,6	5	64,6
Vecla	2,8	Psichiatria	14,8					17,5	4	45,5
Vecla	2,3	Neuroranimazione	5,3					7,7	3	33,7
Vecla	11,5	Ch Maxillo Facciale	24,0					35,5	2	23,0
Vecla	4,5	UTIC	6,5	Cardiologia	6,5			17,5	2	70,0
Vecla	8,5	Broncopneumologia	10,0					18,5	2	67,5
Vecla	0,0	Cardiologia	1,0					1,0	1	34,0
Vecla	2,0	Cardiologia	1,0	UTIC	3	Cardiologia	7	13,0	1	78,0
Vecla	0,0	Ch D'Urgenza	0,0	Vecla	2	UTIC	29	31,0	1	89,0
Vecla	3,0	Ch D'Urgenza	3,0	TI Pediatrica	1	Ch D'Urgenza	5	12,0	1	40,0
Vecla	2,0	Ch TX Fegato	20,0					22,0	1	81,0
Vecla	25,0	Ch Toracica	24,0					49,0	1	56,0
Vecla	3,0	Ematologia 1	4,0	Neurologia	28			35,0	1	49,0
Vecla	2,0	Medicina D'Urgenza	2,0					4,0	1	40,0
Vecla	4,0	Medicina D'Urgenza	5,0	Medicina Interna 2	3	Medicina D'Urgenza	47	59,0	1	45,0
Vecla	0,0	Medicina Interna 3	2,0					2,0	1	24,0
Vecla	12,0	Medicina Interna 1B	9,0					21,0	1	71,0
Vecla	7,0	Medicina D'Urgenza	6,0	Vecla	12	Nefrologia e Dialisi	51	76,0	1	20,0
Vecla	4,0	ORL	3,0					7,0	1	47,0
Vecla	2,0	Neuroranimazione	1,0	Ch Maxillo	9			12,0	1	63,0
Vecla	1,0	Neuroranimazione	1,0	Broncopneumologia	8			10,0	1	63,0
Vecla	2,0	TIPO	3,0	Medicina D'Urgenza	19			24,0	1	86,0
Vecla	24,0	TIPO	5,0	Vecla	6	TIPO	37	72,0	1	83,0
Vecla	1,0	UTIC	8,0	Cardiologia	7	Medicina Interna 1A	25	36,0	1	48,0

Per comprendere l'impatto diretto dei pazienti ammessi da PS sulle terapie intensive, l'analisi si concentra sulle giornate di degenza generate dai pazienti accettati direttamente da PS.

Con questa analisi, la rianimazione del vecla e la neuro rianimazione, che rappresentano le terapie intensive che ricoverano maggiormente da PS, prendono in carico direttamente i pazienti per un totale di 758 giornate di degenza, che si traducono complessivamente in 2 PL giornaliere (relative ai pazienti che hanno un impatto diretto).

IRCCS di natura pubblica



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Pag. 36

Tabella 23 – GD relative ai pazienti ammessi da PS

Reparto	GD da ammessi direttamente da PS	GD da 1 Trasferimento	GD da 2 Trasferimento	GD Da 3 Trasferimento	GD generate da pazienti entrati da PS	GD totali	% sul totale
Vecla	269	361	96	225	951	1.877	51%
Neuroranimazione	489	117	42	95	743	1.808	41%
TIPO	10	130	40	293	473	2.026	23%
<b>Totale</b>	<b>768</b>	<b>608</b>	<b>178</b>	<b>613</b>	<b>2.167</b>	<b>5.711</b>	<b>38%</b>

Inoltre, come si osserva nella tabella 24, i pazienti entrati da PS possono, successivamente all'intervento chirurgico o al trattamento, essere trasportati nuovamente presso le rianimazioni e tale percorso è evidente dai dati della TIPO, dove in media 1 PL è dedicato a pazienti entrati in precedenza da PS.

Tabella 24 – PL equivalenti occupati da pazienti entrati da PS

Reparto	PL da ammissioni dirette da PS	PL da 1 trasferimento	PL da 2 trasferimento	PL da 3 trasferimento	PL occupati da pz provenienti da PS	PL Equivalenti totali
Vecla	0,7	1,0	0,3	0,6	2,6	5,1
Neuroranimazione	1,3	0,3	0,1	0,3	2,0	5,0
TIPO	0,03	0,4	0,1	0,8	1,3	5,6
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>16</b>

Quindi la rianimazione accetta i pazienti provenienti da PS non solo come primo accesso ma anche come trasferimento dopo l'ammissione da altro reparto.

In particolare, mediamente, 1 PL – oltre i 2 PL suindicati - è occupato presso la rianimazione Vecla da pazienti entrati da PS, che in precedenza erano stati ricoverati presso la CH D'Urgenza, la medicina d'urgenza e in modo residuale da urologia e TIPO.

Tabella 25 – Pazienti da PS trasportati in Vecla dopo ricovero presso altri reparti della Fondazione

Reparto	N. Pazienti	Reparto trasf 1	GD in Vecla	DM in Vecla
Ch D'Urgenza	15	Vecla	137	9,1
Medicina D'Urgenza	11	Vecla	105	9,5
Medicina Interna 3	2	Vecla	6	3
Urologia	2	Vecla	72	36
Ch Vascolare	1	Vecla	1	1
Neurologia	1	Vecla	6	6
TI Pediatrica	1	Vecla	5	5
TIPO	1	Vecla	19	19
UTIC	1	Vecla	0	0
Gastroenterologia	1	Vecla	3	3
Broncopneumologia	1	Vecla	7	7
<b>Totale</b>	<b>37</b>	<b>//</b>	<b>361</b>	<b>9,7</b>

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del

10 DIC. 2013

Albi n.

1423/2012

Pag. 37

### CONCLUSIONI ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Si conferma come il PS generale della Fondazione sia uno dei principali DEA di Il livello dell'area metropolitana milanese, riferimento di eccellenza per alcune aree specialistiche.

**I flussi di accesso sono costanti nei mesi dell'anno e giorni della settimana, mentre le ore del giorno in cui si concentra il maggior numero di accessi son quelle del mattino; dalle 14 alle 8 del giorno successivo il numero di pazienti si riduce del 50%, con un calo più marcato nelle ore notturne.**

**La permanenza in PS, comprensiva dell'attesa e del tempo necessario per accertamenti e cure, è nella metà degli accessi inferiore alle 3 ore; una quota ridotta, pari al 2%, rimane in PS per più di 24 ore, nella maggior parte dei casi per necessità di ricovero e indisponibilità del posto letto.**

La quota di pazienti che accede con codice a bassa priorità (o che viene dimesso con codice di dimissione a bassa gravità), è prevalente; **i codici bianchi vengono sostanzialmente gestiti con le sale di fast-track, mentre i codici verdi, gialli e rossi gravano sulle sale mediche e internistiche, che tuttavia si avvalgono in misura consistente dei consulenti neurologi, cardiologi ed anestesisti.**

**L'età superiore ai 65 aa è caratteristica del 30% degli accessi totali e del 60% di coloro che poi vengono ricoverati. Sono dunque gli anziani a costituire il maggior impatto in termini di gravità e carico assistenziale.**

**Gli accessi ripetuti costituiscono un nodo significativo, anche per l'impatto sui ricoveri, con una quota del 30% degli accessi attribuibili a solo il 10% degli utenti complessivi.**

IRCCS di natura pubblica

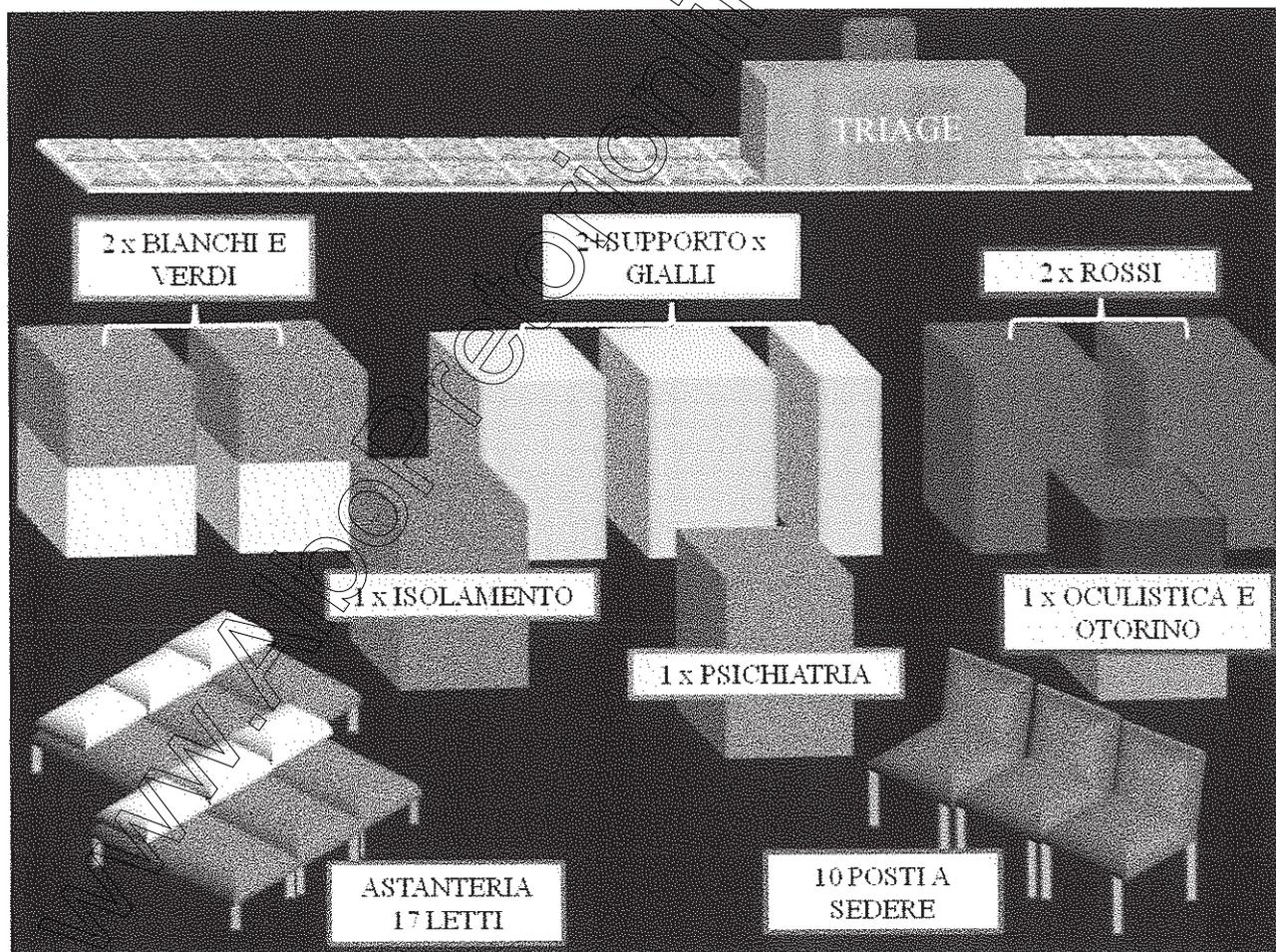


**Logistica ed organizzazione del personale medico ed apporto specialistico in Pronto Soccorso**

**LOGISTICA**

Il pronto soccorso è attualmente composto da:

1. area triage (assegnazione codici di rischio)
2. due ambulatori per codici bianchi e verdi
3. due ambulatori e una stanza di supporto per codici gialli
4. due stanze per codici rossi (area calda)
5. una stanza di isolamento
6. un pronto soccorso psichiatrico
7. un ambulatorio per oculistica ed otorino, in alternanza
8. 17 posti letto (astanteria)
9. 10 posti a sedere



IRCCS di natura pubblica

*efl*



## SERVIZI

Alla struttura sovra-esposta sono associati i seguenti servizi:

1. Sezione radiologia PS
  - a. RX tradizionale
  - b. Tomografia assiale computerizzata
  - c. Ecografia in spazio dedicato
2. Chirurgia d'Urgenza primo piano
  - a. Sala di endoscopia
  - b. Sala di ecografia
3. Padiglione Zonda
  - a. Radiologia Interventistica
4. Padiglione Monteggia
  - a. Neuroradiologia interventistica
  - b. Angiografia
5. Padiglione Sacco
  - a. Angiografia arti inferiori e distretto intra-cranico
6. Padiglione Devoto
  - a. Laboratorio, biochimica, batteriologia
7. Via Pace
  - a. Esami specialistici di coagulazione

## DOTAZIONI

L'elenco delle apparecchiature è riportato in allegato. Da un esame complessivo risultano ampi spazi di miglioramento, in primis per quanto riguarda ecocardiografia, monitoraggio polivalente, capnografia. Non riteniamo comunque questo il documento in cui questi dettagli debbano essere affrontati.

## ORGANIZZAZIONE

### Medici

I medici addetti alla turnistica del pronto soccorso provengono da 3 distinte aree: Medicina d'Urgenza (M), Chirurgia d'Urgenza (CH), Continuità assistenziale (CA), organizzati secondo la seguente modalità:



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Pag. 40

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N. 2588

del 10 DIC. 2013

Att. n. 1423/2012

	MATTINO	POMERIGGIO	NOTTE
LUNEDÌ	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale, 1 cardiologo
MARTEDÌ	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale, 1 cardiologo
MERCOLEDÌ	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale, 1 cardiologo
GIOVEDÌ	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale, 1 cardiologo
VENERDÌ	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 2 chirurghi	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale, 1 cardiologo
SABATO	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale, 1 cardiologo
DOMENICA	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale	2 medici, 1 chirurgo, 1 continuità assistenziale, 1 cardiologo

A questi si aggiungono gli psichiatri e i reperibili su chiamata.

Un cardiologo è istituzionalmente dedicato al Pronto Soccorso anche durante la giornata ma risiede al padiglione Sacco.

La responsabilità clinica, in mancanza di una figura di riferimento istituzionale viene attribuita al chirurgo o al medico più esperto in servizio, mentre la Direzione Sanitaria, nella persona Direttore Medico di Presidio interviene nella soluzione dei problemi organizzativi/logistici.

**Infermieri**

MATTINO	POMERIGGIO	NOTTE
2 Triage	2 Triage	1 Triage
2 Area Bianco/Verde	2 Area Bianco/Verde	2 Area Bianco/Verde
2 Area giallo/Rossa	2 Area giallo/Rossa	2 Area giallo/Rossa
2 Astanteria	2 Astanteria	2 Astanteria
	1 Jolly	

**Consulenti**

Oltre ai medici internisti e chirurghi del PS, sono previsti dei consulenti h24 dedicati al PS; consulenti sempre presenti H24 ma dislocati nel reparto di appartenenza; altri specialisti reperibili su chiamata.

Specialista	Presenza	Note
Cardiologo	H24	Per il PS e per le consulenze
Rianimatore	H24	Per il PS e per le consulenze
Neurologo	H24	In reparto, di notte per la neurologia e neurochirurgia
Psichiatra	H24	In reparto

IRCCS di natura pubblica



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Pag. 41

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Radiologo	H24	In PS
Interventisti (radiologo e neuro radiologo); emodinamista, endoscopica; traumatologo, neurochirurgo	H12	Reperibilità notturna
Oculista ; Dermatologo;ORL	Fasce orarie	Fast-track

**Personale amministrativo**

Il personale amministrativo è rappresentato da un dipendente della Fondazione che garantisce il supporto informatico e si occupa della gestione del pagamento ticket (presente fra le 8:30 e le 18:30).

Per problemi di comunicazione con stranieri un servizio interpreti è attivabile su chiamata con tempo di risposta fra le 2 e le 24 ore.

Il pagamento ticket, su bollettino consegnato al termine della visita, viene effettuato o presso lo sportello o su punto giallo esclusivamente con bancomat o successivamente online o in posta.

**ATTIVITÀ**

I dettagli dei flussi in entrata (orari e stagionali), delle stratificazioni del rischio, delle patologie più frequentemente coinvolte, delle analisi/esami effettuati e dei ricoveri/trasferimenti/dimissioni sono stati analizzati nei precedenti paragrafi.

**Pazienti**

Richiamato quanto sopra sul numero e tipologia dei pazienti afferenti in PS, la **stratificazione del rischio**, effettuata al momento del triage, consiste nell'attribuzione, da parte degli infermieri, in base a determinati protocolli, di un codice colore che definisce la priorità degli interventi.

Qui di sotto si riportano i codici impiegati e la percentuale di pazienti che ad essi afferiscono. I dati sono relativi ad un solo mese di osservazione ma rappresentativi dell'andamento complessivo del fenomeno.

CODICE	SITUAZIONE	INCIDENZA (%)
ROSSO	paziente molto grave con immediato pericolo di vita	2-3
GIALLO	paziente grave o potenzialmente grave	13-14
VERDE	situazioni acute la cui valutazione può essere ritardata	52-53
BIANCO	situazioni non acute	30-31

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Come atteso non esiste una frequenza oraria particolare per codici giallo e rossi, mentre l'affluenza di quelli verdi e bianchi è superiore nella fascia oraria tra le 9:00 e le 13:00. Fra i codici verdi che necessitano di una priorità (esempio grandi anziani, portatori di disabilità).

### **Percorsi**

Il primo contatto del paziente avviene al banco di triage, in cui viene assegnato il codice colore.

I codici rossi vengono trattati immediatamente. I codici gialli, se possibile hanno un accesso immediato all'area predisposta altrimenti vengono immediatamente valutati presso il triage per quanto riguarda le funzioni vitali (pulsossimetria, pressione arteriosa, eventualmente ECG).

I codici verdi seguono sostanzialmente lo stesso percorso dei codici gialli in un tempo più lungo e ad essi vengono applicati, secondo protocolli condivisi, una serie di esami di laboratorio (5 categorie di pazienti).

I codici bianchi relativi ad oculistica ed otorino vengono immediatamente indirizzati allo specialista in fasce orarie predefinite. Al triage vengono, inoltre, identificati pazienti medici, chirurgici, psichiatrici, otorino ed oculistici che vengono indirizzati alle sale di competenza.

L'assegnazione dei pazienti ai vari medici appare diversificata. Generalmente un chirurgo va in astanteria, il secondo chirurgo in uno dei due ambulatori verde/bianco, se non sono presenti pazienti più urgenti, gli internisti consultano la lista del triage e si distribuiscono di conseguenza. Non esiste, quindi, una regola fissa ma un accordo puntuale. Gli internisti, tendenzialmente, prendono in carico un paziente dalla sala visita fino all'astanteria, mentre il chirurgo in astanteria e quello in sala visita sono due figure ben separate.

Gli esami di laboratorio/strumentali e consulenze vengono

1. decisi per protocollo al triage in alcune categorie di pazienti (ad esempio, dolore toracico - troponina, diabetico - glicemia etc.)
2. decisi dal medico al termine della visita

I tempi di risposta dal laboratorio centrale sono di circa 60 minuti, i *point-of-care* in Pronto Soccorso sono limitati ad emogas-analisi ed elettroliti e siti nell'area gialla di supporto. I tempi di risposta della radiologia sono variabili (da ricordare che le radiologie sono impegnate anche per esami ad esterni). I tempi di risposta dai consulenti sono stimabili in una media di 60 minuti ma con ampia variabilità.



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N. 2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Pag. 43

### **Percorsi -Notte e festivi**

La maggior differenza è l'affluenza dei pazienti. La frazione di codici rossi e gialli è aumentata rispetto al giorno.

I dettagli dell'affluenza oraria e stagionale sono presentati nei precedenti paragrafi. L'organizzazione del lavoro è sostanzialmente la stessa. L'affluenza di pazienti dai reparti non è sostanzialmente modificata. Da notare che fino a circa le 24:00 sono presenti pazienti in attesa dal pomeriggio.

### **Uscita dal Pronto Soccorso**

La dimissione dal pronto soccorso esita in:

1. ricovero interno
2. ricovero esterno ± trasporto protetto
3. dimissione a domicilio o ritorno ad altra struttura residenziale (RSA).

La fase di dimissione rappresenta, probabilmente il momento più critico di tutto il percorso. Da decenni vi è un conflitto non dichiarato fra le esigenze del Pronto Soccorso e le esigenze dei ricoveri elettivi in reparto. Da notare, tuttavia, che si tratta di un problema piuttosto comune a tutti gli ospedali. La ricerca dei posti letto, sia interni che esterni, è affidata al caposala e rappresenta, probabilmente, un'ampia frazione del tempo, circa il 30%, in cui presta servizio.

La disponibilità di posti letto interni è presentata in via informatica.

### **CRITICITÀ**

Va premesso che, in generale, i disagi maggiori sono legati alla struttura del Pronto Soccorso e agli spazi limitati disponibili. La qualità delle cure è generalmente percepita come buona e, per i pazienti, il maggior disagio è, sicuramente, l'attesa. Esaminiamo ora in maggior dettaglio alcuni punti critici.

### **Triage**

Anche se esistono diversi modelli di triage quello da noi impiegato sembra accettabile e funzionante. La fase critica è sicuramente migliorabile ed è quella anagrafica ed amministrativa, gravemente carente. Un solo paziente con problemi di riconoscimento può ritardare l'intero processo con prolungamenti eccessivi dei tempi di attesa degli altri pazienti. Altri ospedali hanno risolto il problema mediante personale non medico dedicato. L'attuale triage può essere modificato, in via sperimentale, con l'introduzione di ulteriori percorsi rapidi, quali già in atto per oculisti e otorino e potrebbero riguardare, ad esempio tutti gli interventi per ortopedia minore. Questo implica l'autorizzazione agli infermieri di triage di ordinare, ad esempio, particolari esami radiografici.

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Att. n. 1423/2012

### **Profili predefiniti**

Anche se condivisi, i vantaggi attesi dall'introduzione dei profili, non sono risultati evidenti. Il medico curante, infatti, a volte richiede ulteriori esami ma, più spesso, la disponibilità dei profili è molto anticipata rispetto all'effettuazione della visita e/o dell'intervento. Questo approccio è probabilmente da rivedere.

### **Distribuzione dei medici**

Come descritto è principalmente su base di mutuo accordo giorno per giorno. La conseguenza è che l'attenzione sia concentrata principalmente sui pazienti "più interessanti", con ulteriori ritardi all'osservazione di codici bianchi/verdi. E' da notare, inoltre, che a questa popolazione di pazienti, che rappresenta circa l'80% degli ingressi, sono riservati due soli ambulatori, in cui, peraltro, il medico non è necessariamente sempre presente. Spazi e distribuzione dei medici sono, ovviamente, da rivedere.

### **Dimissione dal Pronto Soccorso**

Rappresenta il momento più critico di tutto il percorso. Il problema non può essere certamente risolto aumentando o affinando il numero di telefonate per ricerca dei posti letto. Possibili soluzioni, non mutualmente esclusive, consistono nell'obbligo predefinito dei reparti di degenza di assicurare una frazione di letti per l'Emergenza-Urgenza (esempio Niguarda) e nell'inserire il Policlinico in un network di ospedali con regole definite per l'accoglimento dei pazienti. Entrambe le soluzioni implicano il coinvolgimento del Policlinico in tutte le sue componenti, mediche ed amministrative. Per quanto riguarda le dimissioni a domicilio o l'eventuale smistamento di codici bianchi e verdi, i pazienti afferenti dovrebbero essere fidelizzati al sistema ambulatoriale del nostro ospedale. Per cui, occorre che il paziente venga dimesso o smistato con precise indicazioni o suggerimenti sull'ambulatorio o reparto cui riferirsi e quando.

### **PROPOSTE**

E' già stata decisa l'introduzione di un'unità complessa di Pronto Soccorso. Il rischio maggiore, comune a parecchi ospedali, è quello di creare un ospedale all'interno dell'ospedale, con pratiche di medicina anni '70.

Questa unità dovrà essere composta da un numero limitato di medici con funzioni prevalentemente gestionali.

Gli ulteriori medici necessari alla turnistica, provenienti dalle varie aree dell'ospedale dovrebbero dedicare un periodo prolungato della loro attività. In assenza di questo è praticamente impossibile l'applicazione di qualsiasi protocollo e di un'omogenea crescita culturale.

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Pag. 45

E' ovvio che questo tipo di organizzazione deve coinvolgere profondamente, sia nella sua fase di ideazione che di implementazione, i dipartimenti di Medicina, Chirurgia, e le Terapie Intensive.

Come metodo di lavoro è indispensabile la formazione di un Comitato Guida, composto da pochissime persone, inclusa la componente infermieristica, che affronti uno alla volta le criticità sotto elencate, con un preciso calendario di interventi.

Le varie modifiche da introdurre dovrebbero essere discusse in questo assetto. Fra le proposte possibili:

1. triage con incremento *fast-track* e possibilità per gli infermieri di prescrizione di alcuni esami
2. potenziamento del personale amministrativo per informazioni, registrazioni anagrafiche, ticket, etc.
3. aumento spazi e tempi per codici verdi e bianchi. Censimento e coinvolgimento degli ambulatori del Policlinico per un loro possibile intervento nel trattamento dei pazienti verdi e bianchi ed eventualmente per appuntamenti e fidelizzazioni dei pazienti dimessi. Da considerare i contatti con i medici di medicina generale delle aree di afferenza dei pazienti
4. abolizione dei profili e sostituzione con set più agili tipo *gold-seven* americani, ossia set di esami eseguiti di routine a tutti i pazienti
5. miglioramento tecnologico e formazione degli addetti, sia medici che infermieri. E' infatti estremamente contenuto il numero di ecografie eseguite in PS, che invece dovrebbero costituire un approccio di routine
6. possibile introduzione, per notturni e festivi, di una o due figure che su chiamata si rechino nei vari reparti per il trattamento dell'urgenza, dotate di *point-of-care* atti alla valutazione dello stato fisiologico
7. introduzione di precisi protocolli per i ricoveri interni, ad evitare ricoveri impropri nei casi di aumentata disponibilità
8. studio di convenzioni con altre strutture sanitarie per possibili trasferimenti

La crescita culturale di efficienza e di motivazione può essere assicurata solo dall'introduzione di ricerca clinica in questo ambito. Per questa il problema fondamentale è la qualità e la numerosità del personale. I ritorni, tuttavia, potrebbero essere straordinari. L'ideale sarebbe che qualsiasi modifica introdotta lo fosse in ambito di studio controllato. La sperimentazione sia clinica che gestionale ci permetterebbe, peraltro, una libertà di azione, ad esempio prescrizione di esami da parte di infermieri, altrimenti impossibili. La ricerca deve, quindi, rappresentare, uno dei principali obiettivi dei tre dipartimenti. La ricerca è strettamente legata alla formazione, che deve essere programmata sia per i medici, sia per gli infermieri.

IRCCS di natura pubblica



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Pag. 46

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Att. n.

1423/2012

Qualsiasi brillante idea può essere concepita in millisecondi, perché possa avere un ragionevole successo richiede che la maggioranza degli addetti sia convinta della bontà della stessa. Dobbiamo, quindi chiederci, perché tante meravigliose idee sviluppate negli anni, sul trattamento dell'Emergenza-Urgenza non abbiano trovato alla fine applicazione reale.

[www.Albopretorionline.it](http://www.Albopretorionline.it) 16/01/14

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2012

Atti n. 1423/2012

Pag. 47

## PROPOSTA OPERATIVA PER LA COSTITUZIONE DELLA NUOVA UOC

Come già detto nella parte introduttiva, l'applicazione del POA 2012-2014, che prevede una nuova UOC di Pronto Soccorso, rappresenta una opportunità di cambiamento e riforma dell'attuale modello organizzativo del PS generale. Tuttavia la realizzazione del nuovo assetto richiederà un percorso a tappe anche in relazione ai tempi di edificazione del nuovo padiglione, che dovrebbe essere consegnato entro il 2014, e di ristrutturazione dell'attuale PS, ove troverà posto l'Unità Coronarica e l'area di terapia subintensiva<sup>3</sup>, che saranno completate nel 2015.

Fatte queste premesse, la nuova organizzazione dovrà basarsi sulla evidenza che all'interno del Pronto Soccorso esistono di fatto differenti percorsi in base all'intensità di cura richiesta dal paziente (bassa ed alta intensità) con una differente distribuzione per fascia oraria (diurna vs notturna).

Pertanto definiamo:

- 1. Attività a bassa intensità:** identificata dai codici "minori". Si includono in questa area i cosiddetti fast-track, gestiti da consulenti presenti per fasce orarie, e i codici verdi a minor gravità (che vengono dimessi con codice bianco) o comunque non esitano in ricovero. Tale tipologia di attività, come risultato dall'analisi dei flussi, si concentra nelle fasce diurne e richiede prevalentemente una competenza internistica (o affine) e di chirurgia generale.
- 2. Attività ad alta intensità:** rappresenta la vera urgenza-emergenza o l'alta complessità (riferendosi in particolare ai pz anziani con comorbidità). E' costituita dai codici gialli e rossi e la parte dei codici verdi che esitano in ricovero; richiede personale specializzato, con la partecipazione di team specialistici ad hoc (es. cardiologo per IMA, traumatologo per incidente grave ecc) ed impiego di tecnologia di alto livello e la necessità di presenza h24.

Va inoltre segnalato che il modello scelto da Fondazione per l'organizzazione del Pronto Soccorso generale prevede un modello "misto", con la presenza di un nucleo di personale dedicato costituito da infermieri, operatori socio-sanitari e medici assegnati stabilmente alla UOC, in numero di 14, anche provenienti da più discipline sia mediche che chirurgiche, chiamati a gestire in prevalenza i codici maggiori e a garantire un punto guardia h24 (e

<sup>3</sup> Sino ad allora l'area critica rimarrà localizzata nel padiglione Devoto



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

quindi ad effettuare non più di 3 turni notturni/mese, al pari degli altri dirigenti medici di Fondazione e in linea con il recente regolamento sull'orario di lavoro).

A tali dirigenti medici si affiancheranno, con turnistica definita e dedicata:

- L'area di medicina interna e geriatria, che garantirà un punto guardia h24, a rotazione tra il personale delle UUOO afferenti ad essa; il medico farà parte a tutti gli effetti dell'equipe del PS, ove risiederà fisicamente durante il turno;
- L'UO di malattie Cardiovascolari, che garantirà un punto guardia h24, a rotazione tra il personale afferente ad essa; nelle ore notturne, nei sabati e festivi, il medico sarà parte dell'equipe di PS, ove risiederà fisicamente durante il turno, a tutti gli effetti;
- L'area di Chirurgia Generale e d'urgenza, che garantirà due punti guardia h12, nelle ore diurne, e 1 punto guardia notturno, a rotazione tra il personale delle UUOO afferenti ad essa, facente parte a tutti gli effetti dell'equipe del PS, ove risiederà fisicamente durante il turno;
- La UO di Rianimazione e Terapia intensiva, che garantirà un punto guardia h24, a rotazione tra il personale afferente ad essa; il medico sarà parte dell'equipe di PS a tutti gli effetti;

I Servizi diagnostici, le UO dei consulenti garantiranno l'attività di PS attraverso proprie guardie divisionali o interdivisionali o con reperibilità (emodinamica, cardiologia pediatrica, radiologia e neuroradiologia interventistiche, endoscopia, coagulopatie...).

Fatte queste premesse, al fine di delineare un modello organizzativo più flessibile e rispondente alla tipologia dell'utenza, abbiamo analizzato gli accessi suddivisi per intensità e per fascia oraria.

IRCCS di natura pubblica



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

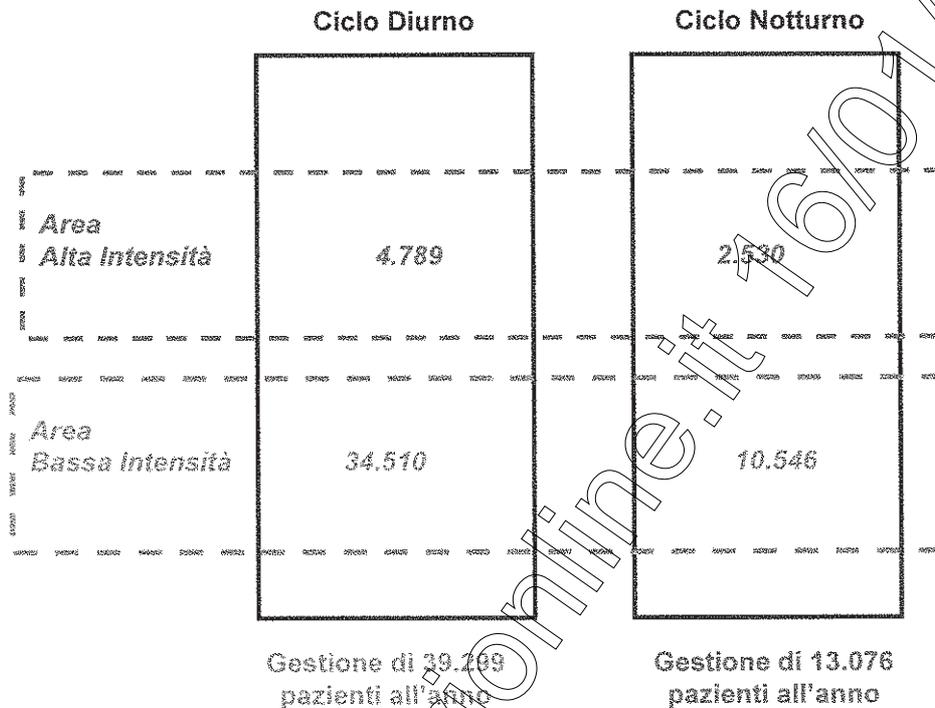
2588

del

10 DIC. 2012

Atti n.

1423/2012



Quindi risulta che nella fascia diurna (8.00-20.00), sono stati registrati 39.299 accessi con una media giornaliera di 108, mentre di notte gli accessi complessivi scendono a 13.076 con una media di 36. Per completezza, bisogna comunque ricordare che ai 13.076 del turno notturno, bisogna aggiungere i 5.351 accessi che – accettati nelle ore diurne – vengono dimessi dopo le 20.00 ( di cui il 65% dimessi entro le 24).

	Giorno	Notte
<b>Codici Minori (bianchi-verdi)</b>		
N^/anno - N^/die	34.510 - 95	10.546 - 29
<b>Codici Maggiori (gialli-rossi)</b>		
N^/anno - N^/die	4.789 - 13	2.530 - 7
<b>totale/anno/die</b>	<b>39.299 - 108</b>	<b>13.076 - 36</b>

IRCCS di natura pubblica



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del

10 DIC. 2013

Atti n.

1423/2012

Da questa analisi dei flussi, emerge una importante considerazione per l'impatto organizzativo: l'assegnazione di un numero di organico uguale di giorno e di notte in Pronto Soccorso non rispecchia l'andamento dei flussi degli accessi che richiedono invece un maggior impegno di risorse nelle ore diurne, prevalentemente per i codici minori.

Su questi dati, considerando la tempistica di realizzazione del nuovo PS, si devono prevedere due fasi:

- una "transitoria", in attesa della costruzione del nuovo PS, con realizzazione di OBI e area critica;
- una "definitiva", nel 2015, a regime, indicativamente rappresentata in tabella, dovendo essere calibrata sulla base della collocazione delle altre UUOO del padiglione Guardia e sulla assegnazione di personale alla UOC di PS.

Organizzazione transitoria	Organizzazione definitiva
<p><b>Giorno 8-20 (compreso sabati e festivi):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 medici d'urgenza (1 medico da area medicina int. Geriatria, 2 med.UOC PS)</li> <li>- 2 chirurghi (in equipe con med.PS)</li> <li>- 1 cardiologo (sabato e domenica in equipe con medici PS)</li> <li>- 1 anestesista</li> <li>- 1 medico di continuità assistenziale il sabato e i festivi</li> </ul> <p><b>Notte 20-8</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 internisti (1 medico da area medicina int. Geriatria, 1 med.UOC PS)</li> <li>- 1 chirurgo (in equipe con med.PS)</li> <li>- 1 cardiologo (in equipe con med.PS)</li> <li>- 1 anestesista</li> <li>- 1 medico di continuità assistenziale</li> </ul>	<p><b>Giorno 8-20 (compreso sabati e festivi) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 medici d'urgenza</li> <li>2 chirurghi</li> <li>1 cardiologo</li> <li>- 1 anestesista</li> </ul> <p><b>Notte 20-8</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 medici d'urgenza</li> <li>- 1 chirurgo</li> <li>- 1 cardiologo</li> <li>- 1 anestesista</li> </ul>



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

## LA RETE DELL'URGENZA-EMERGENZA DELL'AREA MILANESE: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

Fin dagli anni '90 il sovraffollamento del PS rappresenta uno dei problemi più importanti della sanità pubblica in molti paesi del mondo.

Una delle principali cause di questo fenomeno è l'utilizzo dei servizi dell'urgenza da parte di pazienti che in realtà potrebbero essere gestiti a livello territoriale, i cosiddetti "codici minori". Questo si traduce in un alto numero di accessi "non gravi" con percentuali ridotte di pazienti a rischio che richiedono interventi rapidi e specializzati.

Come già evidenziato dai dati relativi al nostro PS, estendendo l'analisi a tutti i principali DEA dell'area milanese che costituiscono la rete-euol, risulta che ogni giorno i codici rossi sono complessivamente da 20 a 30, in numero quindi contenuto, rispetto all'offerta assistenziale che vede 12 deas oltre che ps specialistici (ortopedico, ostetrico-ginecologico...).

Altri segnali ci dicono come l'afferenza al PS sia perlopiù attribuibile a situazioni anche acute, ma che non richiedono una risposta immediata e altamente specialistica:

- i codici minori, bianchi e verdi, oscillano tra l'85% e il 95% di tutti gli accessi;
- i codici verdi in ingresso, che vengono poi derubricati a bianchi in uscita sono il 40-50% dei primi;
- il 60-70% dei pazienti arriva in PS su autopresentazione, cioè non con l'ambulanza o 118;
- il 10% dei pazienti lascia spontaneamente il PS prima di essere visitato o subito dopo la visita, evidentemente perché non si trova in stato di necessità di cure (dati Policlinico 2012);
- la percentuale di pazienti che necessita di ricovero, per i quali quindi l'accesso al PS aveva ragion d'essere, è intorno al 14% (dati ISTAT 2007, regioni nord est e nord ovest).

Un ulteriore elemento che ha profondamente modificato il panorama dell'offerta di assistenza nell'emergenza-urgenza è costituito dalla piena funzionalità dell'agenzia regionale areu<sup>4</sup>

Di fatto la rete assistenziale dell'emergenza è costituita dal sistema 118 - AREU, che garantisce una copertura territoriale regionale; dai DEA/DEAS presenti in numerosi ospedali; dalla continuità assistenziale -ex guardia medica, con possibilità di consulenza telefonica e a domicilio dalle 20 alle 8 e h24 sabato, domenica e festivi.

<sup>4</sup> "L'AREU è un'Azienda Sanitaria regionale attivata il 2 aprile 2008 (delibera n° VIII/6994 della Giunta regionale) con il compito di promuovere l'evoluzione del sistema di emergenza e urgenza sanitaria (SSUEm 118) sviluppando l'integrazione a rete dell'assistenza intra ed extraospedaliera e fornendo valore aggiunto alla gestione delle patologie acute e complesse (infarto del miocardio, ictus, trauma cranico,...). La sua mission è quella di garantire, implementare e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza-urgenza, anche in caso di maxiemergenze; ha inoltre il compito di coordinare il trasporto di persone, organi e tessuti, le attività trasfusionali, di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti" ([www.areu.lombardia.it](http://www.areu.lombardia.it))



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Nella sola città di Milano sono dedicati all'emergenza-urgenza:

- La Centrale operativa Emergenza Urgenza, con base presso l'AO Niguarda e copertura per la Provincia di Milano; pur non essendo disponibili dati aggiornati, si può evincere da real time ([www.118milano.it](http://www.118milano.it)) che si verificano circa 1000 chiamate telefoniche/die, che esitano in circa 600 missioni;
- I DEA/DEAS, postazioni dotate di personale e attrezzature h24, in grado di assorbire, in media 2300 accessi/die, di cui 500 bianchi, 1400 verdi, 200 gialli e 30 rossi;
- I medici di continuità assistenziale, con un numero telefonico unico e 7 postazioni che dalle 20,00 alle 8,00 ricevono solo chiamate telefoniche, mentre il sabato, domenica e prefestivi effettuano anche attività ambulatoriale con accesso diretto dalle 8 alle 20 (3 postazioni effettuano attività ambulatoriale anche tra le 20 e le 24 dei giorni feriali);

L'offerta si rileva quindi decisamente superiore all'effettivo fabbisogno di emergenza-urgenza, che, anche comprendendo oltre ai codici rossi quelli gialli, sarebbe costituito a Milano da un numero di circa 250 pazienti/die.

Di contro risultano insufficienti le strutture, e in particolare i posti letto internistici, per dare una risposta alla quota di pazienti anziani che, pur non avendo un evento acuto in atto, necessitano di ricovero in ragione delle complessive condizioni di salute e delle multimorbosità presenti.

Analogamente l'offerta per i codici minori, pur non conoscendo il dato della continuità assistenziale, risulta sia quantitativamente che qualitativamente ridondante.

#### Prospettive e sviluppi futuri

In sintesi possiamo dire di avere una organizzazione in grado di far fronte all'emergenza e urgenza in modo diffuso e intensivo, a fronte di un fabbisogno epidemiologico in cui prevale la cronicità (e al massimo le riacutizzazioni di patologie comunque croniche).

Se volessimo rappresentare graficamente il trend dovremmo dire che vi è stato un andamento inversamente proporzionale tra fabbisogno di assistenza in emergenza-urgenza (che diminuisce) e disponibilità di risorse (che si è accresciuto).

Ne derivano:

- un sottoutilizzo della continuità assistenziale (le persone si dirigono direttamente al PS o al più chiedono la sola consulenza telefonica);
- un utilizzo inappropriato dei DEA/DEAS, quasi fosse un ambulatorio ad accesso diretto, senza prenotazione;
- un dimensionamento dell'AREU necessario -l'urgenza non essendo prevedibile, richiede comunque un supporto continuativo- che assorbe anche parte dell'urgenza che sarebbe diretta alla continuità assistenziale.

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Att. n. 1423/2012

Come per tutti i servizi, la loro organizzazione e dimensionamento dovrebbero partire dalla domanda di assistenza, riconducendo la stessa a percorsi adeguati.

Possiamo dunque delineare uno sviluppo a due velocità che preveda:

a) Emergenza-urgenza

Posto che l'AREU deve garantire il presidio h24, anche con un lieve esubero di mezzi e persone poiché la domanda non è stabile, è necessario *centralizzare maggiormente i Pronti Soccorsi in grado di fornire una risposta altamente qualificata, capace di far fronte a tutte le tipologie di assistenza.*

In questo senso le dimensioni della richiesta inducono a ritenere che 12-DEAS per la città di Milano sono evidentemente sovrabbondanti; una loro riduzione, con conseguente spostamento di risorse dai presidi che ne verrebbero sollevati, deve però viaggiare con un supporto di areu per gli spostamenti/ricoveri successivi ( se i codici gialli, che sono quelli più spesso esitanti in un ricovero in medicina generale, convergono su tre-quattro PS, è evidente che poi i ricoveri debbono essere redistribuiti tra tutti i poli, anche quelli che non mantengono il PS).

La riduzione dei punti di PS ad alta intensità consentirebbe di razionalizzare le risorse ( mantenendo uno standard di personale sulle 24 h abbastanza omogeneo essendo l'andamento degli accessi ad alta priorità stabile sia per giorno della settimana che per ora del giorno), di rispondere adeguatamente al fabbisogno, di garantire cure intensive di qualità.

b) Gestione degli accessi a bassa priorità

Come è da tutti riconosciuto sono gli accessi a bassa priorità a determinare il maggior carico quantitativo dei PS, che generalmente si colloca in orario diurno e giorno feriali.

Le caratteristiche che contraddistinguono questi pazienti e loro tipologie sono:

- Soggetti, bambini o adulti, con traumi minori o episodi di acuzie (es.:colica renale, febbre elevata, cefalea...), che richiedono prestazioni diagnostiche di bassa intensità ( ma che comunque non possono essere garantite dal medico di medicina generale) e cure di modesto impegno, pure se specialistiche;

- Soggetti anziani e/o pluripatologici che incorrono in episodi di acuzie (febbre, patologie cardiorespiratorie), che richiedono procedure diagnostiche, quando non esitano nel ricovero, limitate, ma terapie complesse o comunque non erogabili nei tempi e modi dell'ambulatorio di medicina generale ( monitoraggio parametri, terapie endovenose, sorveglianza medica per tempo superiore alle sei ore);

- Soggetti con specifici episodi ( patologie dermatologiche, oculari, otorinolaringoiatriche...) che richiedono un esame specialistico – quindi non assorbibili dall'ambulatorio di medicina

IRCCS di natura pubblica



ALLEGATO ALLA  
DETERMINAZIONE N.

2588

del 10 DIC. 2013

Atti n. 1423/2012

Pag. 54

generale- ma che potrebbe essere differito ( e dunque il ricorso al PS è determinato dal fatto che i tempi di attesa per ottenere la prestazione in regime normale non sono accettati dal paziente).

E' abbastanza evidente che :

- in queste situazioni difficilmente il paziente si rivolge/rivolgerebbe al medico di medicina generale (o al servizio di continuità assistenziale: prova ne sono i dati del PS e specularmente quelli della c.a.;
- le prestazioni da erogare non sarebbero comunque disponibili presso un ambulatorio extraospedaliero (dagli esami di laboratorio, a una semplice radiografia del torace, alla consulenza specialistica ortopedica, chirurgica, dermatologica...);

e quindi che l'ipotesi di riportare fuori dall'ospedale la maggior quota di accessi del PS si scontrerebbe con la tipologia e le esigenze di questi accessi (oltre che con un costo insostenibile se si volessero dotare queste postazioni di attrezzature, specialisti ecc...).

Indispensabile inoltre che la riorganizzazione dei PS, si integri con il processo di revisione della rete ospedaliera, volto a garantire nel territorio una maggior offerta di posti letto internistici per malati anziani e cronici (strutture che potremmo definire a bassa o media intensità di cure), dotati di PS per codici minori.

Anche in questa logica potrebbe essere maggiormente razionale realizzare, all'interno di presidi ospedalieri, aree destinate ai codici a bassa priorità, funzionanti in prevalenza nelle ore diurne, dotati di attrezzature e servizi di base, nei quali far confluire, perlomeno nelle aree ad alta densità abitativa, come Milano, anche il servizio di continuità assistenziale. In questo modo si razionalizzerebbero le risorse rivolte a quest'area di persone, evitando di impiegare risorse altamente specializzate per i codici a bassa priorità.

Se consideriamo che a Milano i medici di continuità assistenziale sono 90, una loro redistribuzione nei dieci ospedali che manterrebbero pronto soccorso per codici a bassa priorità, consentirebbe di concentrare le risorse, rispondendo alle esigenze in modo integrato.

Anche in questo caso AREU avrebbe il compito di consentire il trasporto di pazienti con codici ad alta priorità, erroneamente recatisi presso questi ps, verso i presidi ad alta intensità.

IRCCS di natura pubblica

[www.AlboPretorionline.it](http://www.AlboPretorionline.it) 16/01/14