

PIANO DI RIORDINO DELLE STRUTTURE, ATTIVITÀ E DEI RUOLI DEL PERSONALE MEDICO NELL'AMBITO DELLA RETE EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA

1. Analisi di contesto e azioni programmatiche per la rete ospedaliera.

Il compito della rete Emergenza-Urgenza *pre-* e *intra*-ospedaliera è quello di garantire la tempestiva stabilizzazione del paziente critico ed il riconoscimento precoce di problematiche potenzialmente evolutive, assicurando al cittadino il miglior percorso di cura all'interno delle reti di patologie tempo-dipendenti, attraverso un modello che integri strutturalmente e funzionalmente l'emergenza preospedaliera ed ospedaliera.

La rete ospedaliera di Emergenza-Urgenza di Regione Lombardia conta di 13 DEA di II Livello (DGR XI/1179/19), 44 DEA di I Livello, 42 ospedali sede di Pronto Soccorso attualmente attivi ovvero uno ogni circa 100.000 abitanti.

Nel corso del 2022 la rete ha gestito 3.421.730 accessi, ma la loro distribuzione nei vari Pronto Soccorsi è molto diversificata e talvolta è lo specchio delle profonde revisioni organizzative che gli enti del Sistema Sanitario regionale hanno subito nel corso dello scorso decennio:

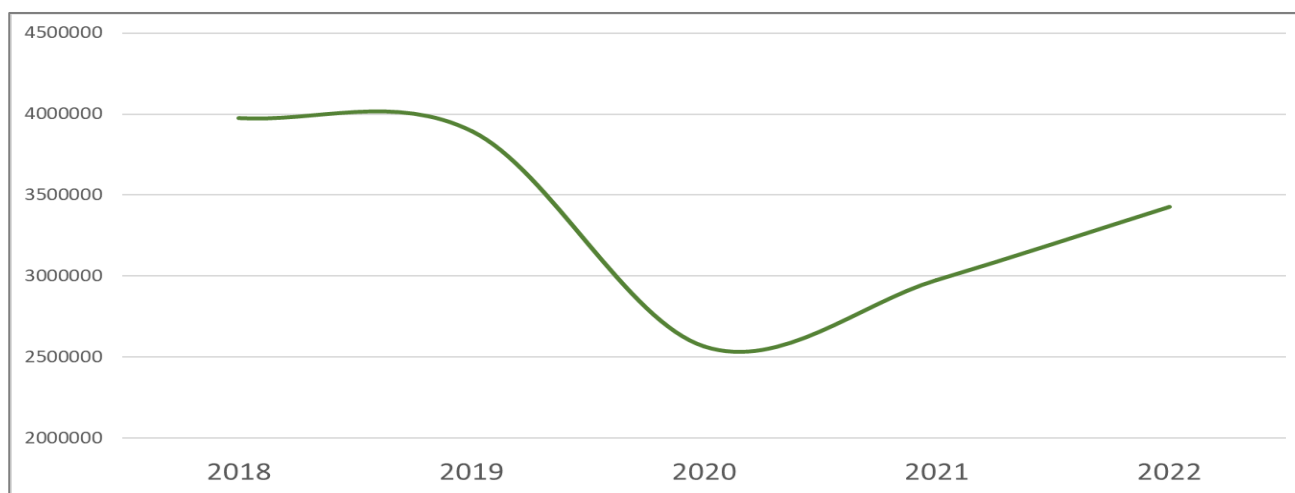
Tabella 1: Accessi 2022 per tipologia di struttura

TIPOLOGIA	NUMERO	TOTALE ACCESSI	MEDIA ACCESSI	MINIMO ACCESSI	MASSIMO ACCESSI
	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c=b/a</i>	<i>d</i>	<i>e</i>
DEA II	13	916.594	70.507	39.346	92.666
DEA I	44	1.722.927	39.157	11.982	76.408
PRONTO SOCCORSO	42	782.209	18.624	3.988	42.058
TOTALE	99	3.421.730	34.563	3.988	92.666

Tabella 2: Accessi 2022 ai Pronto Soccorso per tipologia struttura o per modalità

TIPOLOGIA	AUTONOMO	118	ALTRO	% AUTONOMO	%118	% ALTRO
	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i=f/b%</i>	<i>l=g/b%</i>	<i>m=h/b%</i>
DEA II	688.624	180.862	47.108	75%	20%	5%
DEA I	1.249.751	376.197	96.979	73%	22%	6%
PRONTO SOCCORSO	610.876	138.547	32.786	78%	18%	4%
TOTALE	2.549.251	695.606	176.873	75%	20%	5%

Figura 1: Andamento accessi Pronto Soccorso ultimi 5 anni



Nel corso dell'ultimo anno Regione Lombardia è intervenuta con azioni volte a migliorare l'efficienza del sistema di Emergenza-Urgenza e, in particolare:

nell'ambito del preospedaliero

- ha dato avvio a progetti sperimentali di nuovi modelli organizzativi per migliorare l'appropriatezza degli accessi a Pronto Soccorso, utilizzando la telemedicina nella valutazione di pazienti che si rivolgono al NUE 112 (centrale CMI) e alla Continuità Assistenziale NEA 116117 (UNICA) e potenziando la valutazione domiciliare.

nell'ambito ospedaliero

- ha aggiornato le reti tempo dipendenti Stroke e Trauma (DGR XI/7473/22 e XII/211/23);
- ha adottato il nuovo modello di triage (DGR XI/6168/22) con relativo percorso formativo e implementazione dei percorsi fast track, presa in carico infermieristica e sviluppo di aree a differente complessità di cura;

- con la DGR XI/6893/22, ha integrato le indicazioni precedentemente emanate con DGR 2933 del 19/12/2014, fornendo indicazioni operative alle Strutture pubbliche sede di Pronto Soccorso con l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso stesso e con la DGR XI/7758/22, oltre a fornire ulteriori indicazioni in materia, ha previsto per il 2023 l'inizio della revisione dell'offerta e della disponibilità dei posti letto delle unità territoriali (Ospedali di Comunità, RSA, Strutture Intermedie e Riabilitazioni) al fine di eliminare gli ostacoli che attualmente rallentano il flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso, attraverso le degenze in area medica fino alla loro dimissione.

Tutto ciò premesso, in coerenza con i criteri previsti dal DM 70/2015, e considerato quanto emerso dall'analisi effettuata dall'apposito gruppo di lavoro costituito con Decreti del DGW n. 1767 del 13/2/2019 e 9726 del 3/7/2019, si rende necessario rivedere l'offerta ospedaliera regionale iniziando dalla riclassificazione dei Pronto Soccorso e dei DEA di I e di II livello, pubblici e privati accreditati, previo aggiornamento dei dati di attività dei DEA/Pronto Soccorso da eseguirsi a cura della DGW entro la fine del 2023.

Così come indicato dal DM 70/15, il modello organizzativo di riferimento sarà quello "a rete", con previsione di espliciti coordinamenti funzionali Aziendali e Interaziendali dei nodi, al fine di garantire il più efficace e continuo percorso di cura al paziente urgente, anche attraverso la condivisione di PDTA e di risorse (umane, tecnologiche e di posti letto), favorendo anche una gestione efficiente dei trasporti secondari.

L'analisi di cui sopra porterà alla presentazione, entro l'anno 2023, di un atto programmatico di revisione e razionalizzazione della rete dei DEA/Pronto Soccorso, coerente con il riordino della rete ospedaliera Regionale che, dopo approvazione da parte della Giunta Regionale, diventerà operativo nel 2024.

Il riordino della rete ospedaliera dovrà inoltre prevedere un riequilibrio nella dotazione di posti letto sulla base dei dati epidemiologici attuali, tenendo in debita considerazione anche le esigenze di assistenza e cura dei pazienti provenienti dai DEA/Pronto Soccorso.

Al fine di garantire un tempo di permanenza in DEA/Pronto Soccorso limitato al tempo strettamente necessario per completare l'iter diagnostico terapeutico d'urgenza eseguibile in tale setting e comunque, di norma inferiore alle 8 ore dall'esecuzione del triage (in coerenza con le indicazioni regionali contenute nella DGR XI/6893/22, nell'allegato C dell'Atto n. 143 della Conferenza Stato Regioni del 1/8/2019 e nella DGR XI/6893/22) le Direzioni delle Strutture Ospedaliere interessate, pubbliche e private, anche implementando l'attività di bed management, definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per garantire l'immediata accoglienza del paziente nelle sezioni di degenza specialistiche ospedaliere, nonché la continuità della presa in carico del paziente. La indisponibilità di posti letto nelle sezioni di degenza ospedaliere non è giustificazione sufficiente ad impedire l'immediato ricovero del paziente da parte del medico di DEA/Pronto Soccorso.

2. Il ruolo del Medico d'Emergenza-Urgenza (MEU)

Regione Lombardia ritiene la figura dei MEU centrale al fine di garantire qualità ed efficienza nell'assistenza offerta ai pazienti nei Pronto Soccorso/DEA, snodi centrali della rete emergenza urgenza. Vi è una grave carenza di professionisti MEU e la progressiva riduzione dell'attrattività della disciplina è ben rappresentata dal fatto che circa il 40% delle borse di Specializzazione MEU non sono state assegnate negli ultimi anni.

Si rende necessario, quindi, definire in modo univoco, ruolo e funzione degli specialisti MEU nel contesto ospedaliero e preospedaliero avviando un processo per uniformare il modello organizzativo dei DEA/Pronto Soccorso e la funzione stessa dei MEU, integrandola in modo armonico, funzionale e sinergico con tutte le specialità medico/chirurgiche operanti nella Rete Emergenza-Urgenza e prioritariamente con gli Anestesisti Rianimatori.

L'identità e l'ambito professionale del MEU sono definiti dal documento del MIUR inerente il profilo dello specialista in Medicina d'Emergenza-Urgenza: "il MEU deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nei campi del primo inquadramento diagnostico (sia intra che extra-ospedaliero) e il primo trattamento delle urgenze mediche, chirurgiche e traumatologiche, con piena autonomia, nel rispetto dei principi etici, all'interno del sistema integrato dell'Emergenza-Urgenza".

Le attività previste per il MEU nell'ambito della rete ospedaliera di Emergenza-Urgenza (Pronto Soccorso, DEA di I e II livello) di Regione Lombardia sono:

- turni di guardia attiva in Pronto Soccorso;
- turni di guardia nel sistema di Emergenza-Urgenza preospedaliera (SOREU, mezzi di soccorso medicalizzati e Centrale Medica Integrata) previa formazione e abilitazione certificata da AREU;
- turni di guardia attiva nei reparti di Medicina d'Emergenza e Urgenza;
- trasporti sanitari medicalizzati previsti dalla normativa vigente secondo la classificazione di Ehrenwerth, previa apposita formazione certificata dal sistema AREU;
- gestione della guardia medico/chirurgica interdivisionale per pazienti allocati fuori da aree ad alta intensità di cura che presentino il deterioramento dei parametri cardiorespiratori/emodinamici (modello RRT- *Rapid Response Team*) con precoce condivisione con il rianimatore (MET - Medical Emergency Team).

3. Unità Operativa complessa di" Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza"

Le Strutture sede di DEA di I e II livello devono prevedere, all'interno della loro organizzazione, una UO complessa di "Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza" che afferisce al Dipartimento di Emergenza-Urgenza e comprende attività di Pronto Soccorso, attività di OBI e sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza

Anche le Strutture sede di Pronto Soccorso possono prevedere una sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza.

3.1. Osservazione Breve Intensiva (OBI)

L'atto della Conferenza Stato Regioni n.143 del 01 agosto 2019, recepito da Regione Lombardia con la DGR. XI/2672/2019, ha dettato le Linee di indirizzo per la diffusione, con modalità uniformi, delle Unità di Osservazione Breve Intensiva nei DEA e nei Pronto Soccorso, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati, aumentare la sicurezza delle dimissioni da Pronto Soccorso e migliorare il processo di presa in carico del paziente adulto e pediatrico, da parte della struttura ospedaliera.

Definizione

L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali.

Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, per la necessità di esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento terapeutico/assistenziale più idoneo.

Requisiti di accreditamento

I requisiti di accreditamento sono riportati nel sub-allegato 1 e sono stati condivisi con i rappresentanti delle ATS e degli erogatori accreditati pubblici e privati al tavolo sanitario del Gruppo di Lavoro regionale per l'autorizzazione, l'accreditamento, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie rinnovato con decreto DGW n.16148 del 11 novembre 2022.

Numero posti tecnici

La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di una postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso.

Per l'OBI pediatrica si prevedono almeno due postazioni per ogni U.O. di Pediatria o P.S. pediatrico, oppure una postazione ogni 4.000 accessi in Pronto Soccorso

Le postazioni OBI sono funzionali e non sono considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

Almeno il 50% delle postazioni deve essere dotato di sistemi di monitoraggio multiparametrico.

È previsto che tutti i presidi ospedalieri sede di Pronto Soccorso, DEA di I e II livello debbano avere delle postazioni di OBI.

Non è prevista la conversione di posti letto per l'attivazione di posti OBI.

Sede organizzativa

L'area di OBI è attivata in locali dedicati ed è abitualmente collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso.

L'OBI pediatrica, in assenza di un Pronto Soccorso Pediatrico, è una unità funzionale dell'unità operativa di Pediatria.

L'OBI ostetrica, in assenza di un Pronto Soccorso Ostetrico, è un'unità funzionale dell'unità operativa di Ostetricia.

Tipologia di paziente (OBI di Pronto Soccorso adulto)

In generale l'utilizzo dell'OBI è appropriato per gli utenti di Pronto Soccorso che necessitano di approfondimenti diagnostico-terapeutici o di un periodo di osservazione clinico-strumentale esteso oltre le 8 ore dal triage, atti ad ottenere un corretto inquadramento clinico e definire le reali necessità di un ricovero ospedaliero o, in alternativa, di permettere una dimissione più sicura.

Nel richiamare i criteri di ammissione/non ammissione definiti dell'Atto 143 di cui in premessa, si ribadisce in particolare, che sono ammessi in OBI i pazienti che necessitano di metodiche diagnostiche strumentali e di laboratorio ottenibili in tempi non immediati e per i quali sia richiesta una terapia prolungata.

Sono altresì candidati all'OBI

- i pazienti che richiedono, per le caratteristiche del problema clinico, un periodo di osservazione protratta

- i pazienti che presentano una patologia acuta associata a condizioni di relativa instabilità, per i quali è ipotizzabile un ricovero ospedaliero, in area extra-Intensiva, dopo adeguata stabilizzazione.

La decisione di avviare un soggetto al percorso OBI compete esclusivamente al medico di Pronto Soccorso.

La permanenza del paziente in OBI, di norma, non deve avere una durata inferiore alle 6 ore e superare le 36 ore.

Criteri di esclusione (OBI di Pronto Soccorso adulto):

Non è appropriato l'uso dell'OBI per i pazienti che presentano, durante la fase di gestione in Pronto Soccorso, una chiara indicazione al ricovero ospedaliero e siano in condizioni di instabilità clinica (concetto svincolato dalla severità o gravità clinica). Non è altresì corretta l'attivazione dell'OBI per i soggetti che, in condizioni standard, possano essere definiti direttamente nell'area di Pronto Soccorso entro le 8 ore massime di permanenza in tale setting. Da escludere i soggetti che abbiano manifestato ideazione e/o gestualità autolesiva o che presentino patologia psichiatrica acuta/attiva.

Considerata l'organizzazione del Pronto Soccorso rispetto a criteri anagrafici (Pronto Soccorso Pediatrico) o per condizioni omogenee (Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico), vengono esclusi soggetti minori di 18 anni e, di norma, donne in gravidanza.

Staff

L'organico medico, infermieristico e assistenziale dell'OBI è parte del team di Pronto Soccorso.

Nel team che gestisce l'OBI ostetrica è presente anche personale ostetrico. Se l'OBI ostetrica è annessa all'unità operativa di ostetricia, l'organico medico, infermieristico e assistenziale è parte del team della UO stessa.

Per l'OBI pediatrica l'organico medico, infermieristico e assistenziale è parte del team del Pronto Soccorso pediatrico. Se l'OBI è annesso all'unità operativa di Pediatria, è parte del team della UO.

Documentazione sanitaria

Deve esser prevista una "sezione/funzione" dedicata all'interno dei programmi gestionali usati in Pronto Soccorso, contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi, l'esito e l'epicrisi all'atto di dimissione o di ricovero ospedaliero. È altresì da attivare una documentazione infermieristica che contenga informazioni relative ai bisogni di

assistenza infermieristica, alla pianificazione degli interventi, agli esiti attesi ed al monitoraggio del paziente durante la permanenza in OBI. Tutta la documentazione è parte integrante della documentazione clinica /verbale di Pronto Soccorso.

Indicatori

Indicatori di attività

- percentuali di utenti di Pronto Soccorso gestiti in OBI rispetto agli accessi globali;
- percentuale di soggetti ricoverati da OBI (atteso un valore di max 10%);

Indicatori di appropriatezza

- percentuale ripresentati dopo 24-48 ore da dimissione (atteso un valore < 5%);

Flusso informativo

Si richiama quanto contenuto nella DGR. XI/2699/2019

Remunerazione

Non è attualmente previsto un riconoscimento economico bensì una sperimentazione di un anno (2024) utile a consolidare il flusso e consentire un'analisi dei costi.

3.2. La sezione di degenza della UO di Medicina d'Emergenza-Urgenza

Ove individuato, l'Unità di Medicina d'Emergenza-Urgenza dispone di una sezione di degenza (anche inserita in un'area più vasta di degenza) in connessione organizzativa con il Pronto Soccorso (PS/OBI). La degenza è destinata ai ricoveri da Pronto Soccorso di pazienti in fase acuta con necessità di monitoraggio continuo e/o per potenziale instabilità e/o con necessità di supporto non invasivo e intensivo di una singola funzione d'organo, con problematica medica, chirurgica o traumatologica.

Considerata la tipologia dei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso e le competenze specialistiche dei MEU, l'area può essere destinata anche alla gestione di pazienti complessi con più comorbidità che necessitano di un inquadramento clinico assistenziale.

Requisiti di accreditamento

Letti di degenza cosiddetta breve (codice disciplina 51): rispetto dei requisiti di accreditamento previsti dal reparto di degenza ordinaria di medicina generale.

Nell'ambito del reparto di degenza di Medicina d' Emergenza-Urgenza devono essere previsti anche posti letto di semintensiva (codice disciplina 94) che sono tenuti a possedere i requisiti previsti dalla DGR XI/3264/20 per le semintensive di tipo B e possono essere integrati all'interno della degenza stessa o allocati anche all'interno di una unità di semintensiva multidisciplinare. Diversamente da quanto previsto dalla citata DGR, qualora siano integrati nella sezione di degenza breve i letti di semintensiva afferenti al DEA/Pronto Soccorso possono essere accreditati anche con una dotazione minima di 4 posti letto e possono condividere i requisiti strutturali specifici con la degenza breve.

Numero di posti letto

Il numero di posti letto afferenti alle UUOO di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza rientra nel novero dei parametri previsti dal DM 70 del 2015 e viene definito in base alla tipologia di Dipartimento di Emergenza e Accettazione o Pronto Soccorso: rientra quindi tra le caratteristiche organizzativo-strutturali già definite all'interno delle singole strutture ospedaliere, fermo restando il rispetto dei requisiti di accreditamento.

E' previsto che tutti i presidi ospedalieri sede di DEA di I e II livello debbano avere una sezione di degenza di Medicina d' Emergenza-Urgenza afferente alle UUOO complesse di "Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza" come sopra definito; per raggiungere questo obiettivo è prevista una prima fase di riclassificazione delle sezioni di degenza di Medicina d'Urgenza esistenti, attualmente accreditati come reparti di Medicina generale (descrittiva Medicina d'urgenza), e una seconda fase, al termine del processo di revisione della Rete di Emergenza-Urgenza e conseguente riclassificazione del Pronto Soccorso, di progressivo accreditamento di nuove sezioni nelle strutture che attualmente ne sono prive.

Il numero complessivo di letti afferenti alle UUOO di Medicina d' Emergenza-Urgenza non può essere superiore a 24 posti letto complessivi per i DEA di II livello e 12 per i DEA di I livello. I posti letto sono da considerarsi all'interno dei posti letto complessivi accreditati.

Aspetti organizzativi

La sezione di degenza deve essere in continuità funzionale con l'area di Pronto Soccorso, con partecipazione all'attività clinica, a rotazione, dei medici dell'intera UO di "Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza, al fine di favorire una opportuna integrazione di expertise e di protocolli. Inoltre, ove possibile, deve essere predisposta anche una continuità strutturale tra l'area di Pronto Soccorso e la sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza, al fine di garantire un rapido collegamento tra i due settori.

Tipologia di pazienti

Degenza breve

- Pazienti con potenziale instabilità clinica che necessitano anche di monitoraggio continuo con previsione di stabilizzazione/trasferimento/dimissione in tempi brevi (di norma entro le 72-96 ore).

Area semintensiva

- Pazienti che presentano necessità di supporto non invasivo di un organo vitale.
- Pazienti per i quali, d'intesa con gli Anestesisti Rianimatori, non sussistono le indicazioni per un'assistenza intensiva.

Un reale, costante e condiviso flusso di pazienti tra le aree a diversa intensità di cura rappresenta un modello virtuoso di collaborazione inter-specialistica (rianimatore, MEU, specialisti) e presuppone il rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- precoce identificazione del rischio evolutivo e stretta sorveglianza del paziente potenzialmente instabile;
- precoce condivisione con il rianimatore e con gli specialisti del percorso e dell'intensità di cura necessario al paziente;
- precoce condivisione del setting assistenziale più adeguato.

L'esito previsto per i pazienti ricoverati in degenza breve è di norma la dimissione al domicilio e per i pazienti ricoverati nei letti semintensivi, il ricovero in degenza ordinaria o in un livello di intensità di cura maggiore.

Criteri di esclusione:

1. Pazienti che sviluppano una complicanza clinica, per i quali è richiesto un trasferimento verso la terapia intensiva.
2. Criteri clinici presenti al momento dell'accesso in Pronto Soccorso che indicano appropriato il ricovero in aree semintensive specialistiche (Stroke, UTIC, UTIR).
3. Pazienti con indicazione a ricovero in Unità Operative specialistiche (non può essere area di appoggio).
4. Pazienti da sottoporre ad interventi chirurgici al momento del ricovero.

Staff

L'organico medico e infermieristico della sezione di degenza del reparto di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza deve essere parte del team di quello che opera all'interno

del Pronto Soccorso/OBI: la rotazione dello stesso pool di sanitari tra queste due strutture favorisce la crescita professionale, l'integrazione dei protocolli clinico-gestionali, il corretto flusso dei pazienti da Pronto Soccorso.

Indicatori di attività e qualità:

Gli indicatori per la valutazione delle attività di degenza di Medicina d' Emergenza-Urgenza saranno individuati da Direzione Generale Welfare, sentita la Rete Regionale dei Pronto Soccorso.

4. Percorsi di cura integrati per i pazienti a bassa complessità

Extraospedaliero:

Ai fini di migliorare l'appropriatezza del setting di cura dei pazienti che afferiscono ai DEA/Pronto Soccorso, sono indispensabili un raccordo e integrazione molto stretti ed efficaci con le Strutture della Rete Riabilitativa, della Rete Socio-Sanitaria, e della Rete Socio-Assistenziale.

Nel dicembre 2022 è stata istituita da Regione Lombardia la Centrale Medica Integrata ("con la Legge Regionale n° 34 del 29 dicembre 2022, sono integrate le funzioni delegate ad AREU dall'art. 16 della LR 33/2009 e, in particolare, viene legittimata la funzione della CMI come strumento per riorientare le chiamate non emergenti urgenti verso i nodi della rete territoriale, attraverso il 116117). Si prevede di potenziare tale attività, così come quella del team di risposta rapida (medico-infermieristico) per le cure domiciliari del paziente anziano e fragile, su tutto il territorio regionale.

È inoltre promosso l'utilizzo, da parte del cittadino, del NEA 116117, estendendo l'attività della centrale UNICA su tutto il territorio regionale, 24/7 e garantendo al cittadino l'accesso ai servizi territoriali, attraverso l'integrazione con le COT.

Intraospedaliero:

AMBULATORIO "CODICI MINORI"

Considerata l'elevata percentuale di pazienti che si presentano in Pronto Soccorso con problematica minore complessità, in ogni DEA di I e II livello deve essere istituito un ambulatorio "codici minori" a cui vengono inviati direttamente da triage i pazienti con codice di priorità 4-5, ad eccezione di quelli già destinati ad altri percorsi fast-track.

La complessità clinico assistenziale e di conseguenza l'attività in tale area sono da intendersi equiparate a quella della "Continuità Assistenziale". La responsabilità gestionale rimane in capo al Pronto Soccorso ma l'ambulatorio dovrà essere gestito prioritariamente

con personale aggiuntivo, anche non specialistico: potrà essere utilizzato personale in organico al Pronto Soccorso/Medicina d' Emergenza-Urgenza solo dopo aver coperto la turnistica di PS/OBI/Degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza ed emergenza preospedaliera.

5. Personale definizione assegnazioni e reclutamento

Le Direzioni delle Strutture Ospedaliere sede di DEA/Pronto Soccorso, devono garantire la rotazione del personale assegnato alle Strutture Complesse "Pronto Soccorso e Medicina d' Emergenza-Urgenza" o ai Pronto Soccorso tra i vari servizi sottoelencati.

I turni in Pronto Soccorso non dovranno, di norma, essere inferiori al 50% né superare il 70% dell'orario di lavoro, fatta salva la scelta volontaria del singolo medico ad effettuare tutto l'orario di lavoro in Pronto Soccorso.

Il personale dovrà ruotare tra i vari servizi:

1. sistema di Emergenza – Urgenza preospedaliera;
2. Pronto Soccorso, OBI;
3. degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza (compresa sezione semintensiva);
4. trasporti medicalmente assistiti;
5. gestione della guardia medico/chirurgica interdivisionale (modello RRT).

Per quanto riguarda la determinazione dei fabbisogni delle singole strutture pubbliche è previsto una rideterminazione dei fabbisogni di personale in armonia con quanto definito dal Decreto Agenas e, contestualmente con la revisione della Rete, con la classificazione dei DEA/Pronto Soccorso e con la conseguente individuazione delle degenze di Medicina d' Emergenza-Urgenza (periodo settembre 2023 – gennaio 2024); tuttavia si precisa che l'avvio, ove sarà previsto, della presa in carico della gestione dell'urgenza medico/chirurgica intra-ospedaliera richiederà un ulteriore e progressivo incremento di organico delle relative UUOO.

6. Ruolo di AREU

Per favorire la rapida identificazione delle criticità, le azioni correttive e il benchmark tra diverse strutture in stretta sinergia con l'"Osservatorio regionale per i ricoveri in area medica", AREU monitorizza gli indicatori di affollamento e le metriche dei Pronto Soccorso,

attraverso un cruscotto regionale sul *patient-flow* che dovrà a tendere integrarsi con dati relativi alle degenze ospedaliere. È altresì affidato ad AREU il monitoraggio:

- dei modelli organizzativi del Sistema Emergenza-Urgenza integrato come sopra definito,
- del flusso dei ricoveri da Pronto soccorso dell'affollamento dei DEA/Pronto Soccorso

La Direzione Generale Welfare potrà avvalersi del supporto di AREU nell'analisi e definizione delle azioni di miglioramento riferite alle criticità che dovessero emergere dal monitoraggio dei DEA e Pronto Soccorso della rete regionale di Emergenza-Urgenza e nella proposta di aggiornamento della rete di Emergenza-Urgenza a regionale.

AREU potrà supportare tecnicamente, se richiesto, le Aziende/IRCCS in tema di organizzazione delle attività di Emergenza-Urgenza ospedaliera.

Infine, AREU contribuisce a garantire la formazione, il tutoraggio e l'abilitazione di specializzandi e specialisti in ambito MEU per l'attività in Emergenza-Urgenza nell'ambito preospedaliero.

7. Indicazioni finali

La Direzione Generale Welfare, con propri successivi atti, definirà le azioni necessarie a dare piena attuazione al percorso di riordino ed efficientamento erogativo della rete di Emergenza-Urgenza, le tempistiche di aggiornamento dei POAS secondo gli schemi allegati (sub-allegato 2), le indicazioni operative per l'accreditamento delle OBI e delle sezioni di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza e, infine, dei modelli di gestione della guardia medico/chirurgica interdivisionale (modello RRT).