

6.1 La Diagnostica in emergenza

<i>Laboratorio</i>	6.1 La Diagnostica in emergenza
<i>Area</i>	6 - La gestione dell'emergenza
<i>Abstract</i>	La diagnostica per immagini in emergenza rappresenta lo strumento fondamentale in particolare nelle reti tempo dipendenti come lo Stroke ischemico e le patologie cardio-vascolari, le patologie acute traumatiche e non traumatiche mono o poli distrettuali. Una diagnosi tardiva preclude il trattamento di tali patologie spesso mortali. Occorre predisporre un quadro di indirizzo per i clinici che possano conoscere le potenzialità delle indagini diagnostiche più appropriate per la definizione precoce delle differenti condizioni morbose.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, dopo le introduzioni dei moderatori, la discussione è stata partecipata e sono emersi diversi problemi legati alla situazione attuale:

- Pochi malati stroke che si nascondono in tutti quelli che arrivano in P.S. → problema intercettarli e far saltare tutto (es. privacy, braccialetto...)
- Problema logistica per ridurre il più possibile i tempi (es. barriere architettoniche)
- Intasamento aree di diagnosi per eccesso di richieste inappropriate.
- Centinaia di tac negative, è diagnosi ma intasamento. Molte volte si chiedono esami per mandare a casa la gente
- Richiesta di esami inappropriati, es. diretta addome negativa non esclude nulla
- No cartella elettronica
- Problema del trasferimento del paziente in ospedale specialistico con difficoltà di trasferimento immagini
- Problema del tempo di trasferimento secondario
- PDTA meglio non in emergenza, dove puoi ragionare a tavolino. In emergenza difficili da gestire nei tempi. Es. 10 PDTA ma non riusciamo a seguirli → serve gruppo di lavoro che li segua e crei disciplina.

- Problema di poche ambulanze, portantini... importanza del numero di persone che ci lavorano, poco ricambio generazionale
- Problema con il comparto, soprattutto di notte pochi infermieri e tecnici

Sono state raccontate anche molte buone prassi:

- No consenso informato su ictus → frasetta su referto
- Sala rossa medica e sala rossa chirurgica
- Studio di perfusione a tutti (fare o no perfusione a tutti è un problema scientifico)
- Partiamo con pazienti con ictus importante prima del P.S., in elisoccorso
- 4/8 PDTA che hanno migliorato percorso del paziente, mette ordine e aiuta a contestualizzare le linee guida, avvantaggia tutto il percorso
- PDTA misurati per capire se funzionano, applicati prima su patologie più frequenti
- Confronto su PDTA fattibile da medici di base, ma non sanno dove far fare tac
- Con PDTA evitato ricoveri grazie ad ambulatorio dedicato che prende in carico in 72h
- Pacs provinciale a Salerno consultabile da tutti gli ospedali della provincia. Avevano lo stesso vendor quindi è stato semplice Attraverso consulenze superato problema privacy
- In provincia di Salerno tutti gli ospedali tranne uno hanno guardia radiologica
- Reparto di gastroenterologia di urgenza, possibilità di gestirsi a 360° la patologia lì con professionisti presenti h24
- Angiografo biplano
- Soluzioni combinate tra le tecnologie, es. in single room angiografo e tac
- Ospedale del mare costruito nel 2018, P.S. e radiologia accanto velocizza tutto.

Una problematica emersa dal Laboratorio riguarda la possibilità di creare nelle reti Tempo dipendenti come nello stroke, una gestione interaziendale per poter mettere in condivisione le immagini radiologiche e le informazioni cliniche degli Ospedali periferici dove non esistono Stroke Unit o reparti dedicati al trattamento delle urgenze ischemico-emorragiche, con le Strutture che potrebbero ricevere e trattare tali pazienti. Seguendo l'esperienza mutuabile dalla regione Piemonte, come testimoniato dal Prof. Bergui, in cui si è creata una rete che mette in comunicazione su un unico sistema tutti gli Ospedali della Regione.

È inoltre necessario rappresentare che il 78% dei pazienti con codice di triage non urgente (verde/bianco) che accedono al Pronto Soccorso, affollano le Medicherie dell'Area di Emergenza, impegnano Medici Urgentisti, Infermieri, OSS e sale diagnostiche, intasandole di prestazioni inappropriate, causando così ritardi diagnostici ai pazienti in vera emergenza-urgenza (codici rossi-arancioni-gialli).

L'inquadramento diagnostico delle patologie non urgenti dovrebbe avvenire in un ambulatorio territoriale, dove purtroppo è ben noto che risulta impossibile accedere in tempi brevi per la lunghezza delle liste di attesa.

Anche la lunghezza delle liste di attesa territoriali è causa di accessi inappropriati al Pronto Soccorso.

Per ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni richieste di Pronto Soccorso una delle misure da intraprendere è l'elaborazione dei PDTA, attualmente in prevalenza finalizzati ai percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie elettive e che andrebbe esteso alle principali patologie di accesso al Pronto Soccorso. Il ricorso ai PDTA limiterebbe significativamente la diagnostica "inappropriata" riducendo il carico di lavoro delle diagnostiche e consentirebbe le dimissioni dei pazienti "non urgenti" senza rischi giuridici per i Medici Urgentisti.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sono quindi emersi aspetti legati ad un futuro ideale/desiderabile, anche se difficili da realizzare:

- A Barcellona assessorato alla sanità con gestione percorsi da casa del paziente a dimissione. Analizzano dov'è l'imbuto e mettono i soldi lì
- Milioni di finanziamenti per ripensare/rifare sale, logistica. Per sistemare la logistica servirebbe risistemare l'edilizia sanitaria ossia ricostruire gli ospedali
- Appropriatezza tecnologica su rete di trasmissione
- Problema privacy rende alleggerito, il legislatore rende più libero il vincolo privacy
- Aumentare stipendi in emergenza

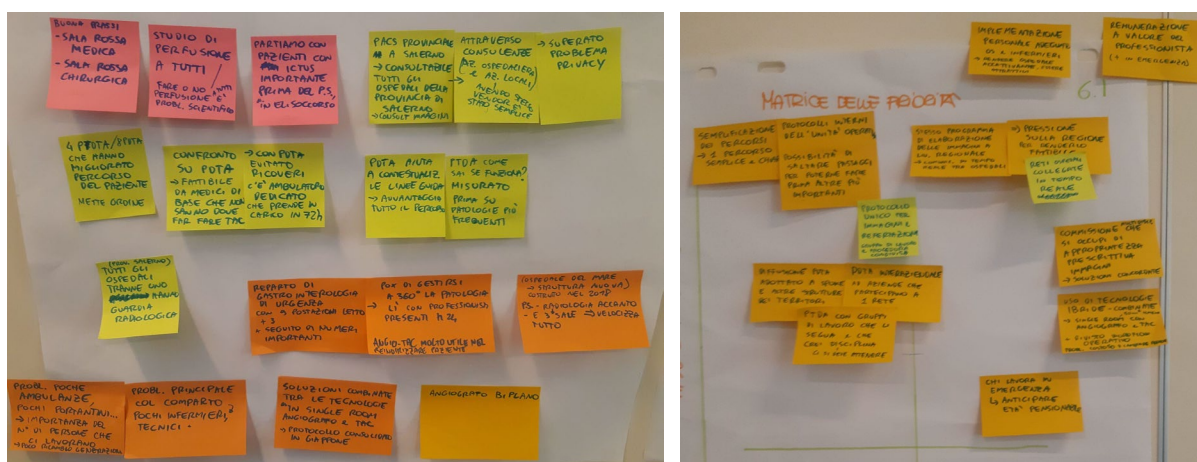
Le strategie individuate come importanti e non troppo complesse, quindi più facili da mettere in atto sono:

- Semplificazione dei percorsi, un solo percorso semplice e chiaro
- Protocolli interni dell'unità operativa
- Possibilità di saltare passaggi per poter fare prima altre azioni più importanti
- Protocollo unico per immagini e refertazione (gruppo di lavoro e procedura condivisa)
- Diffusione PDTA adottato a spoke e altre strutture dei territori
- PDTA interaziendale ad aziende che partecipano a rete
- PDTA con gruppi di lavoro che li segue e che crei disciplina a cui ci si deve attenere

Le strategie di alto valore e importanza ma difficili da realizzare perché complesse, che richiedono interventi di altre entità, sono:

- Stesso programma di elaborazione delle immagini a livello regionale -> reti di ospedali collegate in tempo reale. Perché si realizzi occorre fare pressione sulla regione

- Commissione multidisciplinare che si occupi di appropriatezza prescrittiva delle immagini -> soluzioni concordate
- Implementazione personale adeguato es. OSS e infermieri -> rendere ospedale accattivante, essere attrattivi
- uso di tecnologie ibride-combinate, es. single room con angiografo e tac + revisione di tutto il workflow operativo (problema: costoso, stanza di almeno 50 metri quadri e necessità di cambiare il percorso)
- Anticipare l'età pensionabile per chi lavora in emergenza
- Remunerazione a valore del professionista (maggiore per chi lavora in emergenza)



Un ulteriore aspetto emerso dal Laboratorio riguarda i pazienti trasferiti in II cura da altri Ospedali. Una rete informatizzata di connessione inter-ospedaliera è presente in Regione Campania solo per la ASL di Salerno.

Per gli accessi di Pronto Soccorso, con trasferimento da altri Ospedali, spesso è necessario ripetere tutta la diagnostica perché in molti Presidi non è attivata la cartella clinica elettronica, i pazienti arrivano solo con i referti ma senza le immagini o con le immagini archiviate su CD senza stampa dell'anagrafica paziente e della Provenienza, oppure che non si "aprono" con i programmi informatici in uso.

Tutto questo genera costi aggiuntivi e significative perdite di tempo.

Sarebbe pertanto necessaria l'attivazione di una rete di trasmissione immagini, referti, cartelle cliniche elettroniche almeno intra-regionale con connessione di tutte le Aziende Ospedaliere.

È infine da considerare che la presa in carico da parte dei Medici Urgentisti del 72% di pazienti non di urgenza, causa un forte carico di lavoro "inappropriato" (visite mediche, consulenze ecc.) che attualmente ha una significativa ricaduta negativa su tale specialità che notoriamente ha una scarsa attrattiva ed è molto carente in tutta le Aziende Ospedaliere.

Il carico di lavoro eccessivo per i Medici Urgentisti dovrebbe pertanto almeno essere compensato da remunerazioni economiche più adeguate al forte impegno lavorativo.

Anche l'Industria ha offerto il suo contributo attraverso la creazione di tecnologie ibride (angiografo assemblato con la TAC) in modo da ridurre al massimo il tempo diagnostico unitamente al tempo terapeutico.

Conclusioni

Il confronto è stato molto interessante e ricco, si sarebbe andati avanti ancora a discutere. Le strategie da implementare per migliorare la situazione sono di diversi livelli, si può partire dalla semplificazione dei percorsi e dall'elaborazione di protocolli unici e dalla diffusione di Ptda, ma sarebbe anche importante fare pressioni sulla regione per risolvere il problema delle immagini in rete tra ospedali.

L'accesso dei pazienti in Pronto Soccorso è correlato ad una miriade di diagnosi che vanno da patologie potenzialmente letali a condizioni benigne autolimitanti.

Di tutti i pazienti che si presentano al Pronto Soccorso, solo il 22% presenta una vera condizione clinica di urgenza o di emergenza.

Il restante 78% dei pazienti sono affetti da patologie "croniche", "oncologiche" o che avrebbero potuto ottenere assistenza dalla Medicina di base o dalla Medicina Territoriale.

Il primo step per tutti gli ammalati è quindi una corretta attribuzione del codice colore di triage ed un'accurata anamnesi con esame clinico, sulla base dei quali il Medico Urgentista prende in considerazione l'esecuzione di esami di laboratorio, endoscopici e di imaging diagnostico (cardiologico, radiologico) per stabilire la diagnosi finale. Per un trattamento adeguato, è difatti importante un iter diagnostico che consenta di distinguere tra le varie patologie e l'imaging radiologico e/o cardiologico e/o endoscopico riveste un ruolo importante in questo processo.

Pertanto, il valore diagnostico delle modalità di imaging ottenibili h24 è di prioritaria importanza nella gestione clinica e nelle decisioni da intraprendere in merito alla possibilità di dimissione del paziente direttamente dal Pronto Soccorso, al ricovero in Osservazione Breve Intensiva con dimissione entro 36 ore, in Medicina d'urgenza, in Gastroenterologia d'Urgenza, in Chirurgia d'Urgenza, in Unità Coronarica, in Neurologia, in un' Area Intensiva o Subintensiva, in una Chirurgia Specialistica ovvero in Area Medica non di urgenza.

Hanno partecipato

Moderatori: Luigia Romano, AORN A. Cardarelli, Napoli e Fabio Tortora, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Massimo Lombardo, AREU - Agenzia Regionale Emergenza Urgenza

Facilitatore: Erica Raimondi

Partecipanti: Chiara Andreoli, Mauro Bergui, Vincenzo D'Agostino, Michele Galluzzo, Francesca Iacobellis, Silvia Lanciotti, Andrea Manto, Martina Marinelli, Alberto Martino, Antonio Pinto, Giuseppe Sarti, Marco Ventra, Maurizio Zanobetti