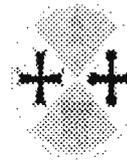




Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Determina n. 18/Ds 26.3.2017

**OGGETTO: Regolamento delle attività di ricovero. Procedura gestionale**

STRUTTURA PROPONENTE: Ufficio del Rischio Clinico designato quale responsabile di procedimento

In data 24 MAR. 2017, nella sede della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero "San Giovanni di Dio" di Crotona, il dott. Angelo Carcea, Direttore Sanitario di Presidio, su conforme proposta del Responsabile del Procedimento designato nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto;

**IL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO**

ATTESO che il DPR 118 del 27 marzo 1992 precisa che il "pronto soccorso deve assicurare, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto";

ESAMINATO l'Atto di intesa Stato-Regioni dell'11 04 1996 recente "Linee guida requisiti della rete di emergenza urgenza" e relativo DM Sanità

(GU 17 05 1996);

VALUTATA la Circolare n. 5 del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000;

CONSIDERATE le indicazioni del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, "in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza";

PRESO ATTO dell'Accordo Stato-Regioni su "trriage intraospedaliero valutazione gravità all'ingresso" (GU n. 285 del 07 12 2001);

TENUTO PRESENTE della Legge Regionale 19 marzo 2004, n. 11 e smi;

VISTO il Regolamento Regionale n.13 del 1 settembre 2009 per l'Accreditamento nel Servizio Sanitario Regionale pubblicato sul Bur n.16 Sup. Straord. n. 2 del 10 Settembre 2009 ed in particolare i Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Emergenza e Urgenza;

CONSIDERATE le "Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale" del 02 aprile 2009;

VALUTATO il "Progetto Mattoni SSN Pronto Soccorso e sistema 118 Sintesi dei risultati" del Ministero della Salute nonché i documenti ministeriali "1.2.1 - Prestazioni, attività e strumenti dell'emergenza (PS)", "1.3 - Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (trriage PS e 118)" e "1.2.4 - Predisposizione di modelli formativi relativi al Pronto Soccorso"

TENUTO CONTO delle Raccomandazioni Ministeriali n. 11, gennaio 2010, Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero); n. 15, Febbraio 2013 (Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso); n. 17, Dicembre 2014 (Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica);

VALUTATO il DPGR n. 358 del 19 febbraio 2008 (approvazione linee guida regionali per l'attività di Osservazione Breve Intensiva);

ESAMINATO il DPGR n. 726 del 06 10 2008 (interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri);

VAGLIATA la Delibera Aziendale n. 82 del 20 febbraio 2010 concernente approvazione regolamento attività Osservazione Breve Intensiva (OBI) Presidio Ospedaliero di Crotona;

VERIFICATO il DPGR n. 14 del 14 marzo 2012 (attivazione dei posti letto per il funzionamento dell'osservazione Breve Intensiva. Obiettivo G1);

CONTROLLATO il precedente protocollo dei ricoveri del 22 03 2011 (53/DSDS);

INTRAPRESA ogni iniziativa utile per attivare un gestionale dei ricoveri e anche una procedura sugli Operatori Sentinella ottemperando alla DCA n. 188 del 22 10 2015 (linea progettuale n. 16, Obiettivo di Piano PSN 2015);

STABILITO che tale procedura gestionale per i ricoveri urgenti è propedeutica a procedure sui ricoveri ordinari e straordinari;

VISTO l'art. 4 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 che prevede l'adeguamento dei regolamenti interni;

TENUTO CONTO della Delibera n. 253 del 21 07 2016 che prevede che il Direttore Sanitario di Presidio "adotta tutti gli atti e provvedimenti di gestione operativa"

#### DETERMINA

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

Di approvare l'allegato "Regolamento delle attività di ricovero. Procedura gestionale" che è parte integrante e sostanziale del presente atto;

Di trasmettere il presente Atto ai Dipartimenti Ospedalieri per la diffusione e l'applicazione;

Di incaricare il Rischio Clinico di aggiornare periodicamente la suddetta procedura dopo l'individuazione e l'analisi di criticità nonché di attivare il gestionale dei ricoveri ed effettuare con il Direttore di PS specifici percorsi formativi;

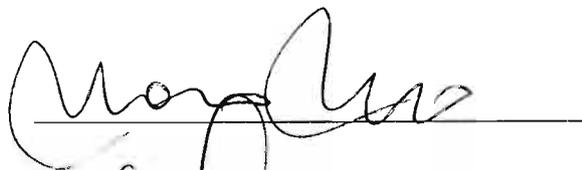
Di sottoporre ad un Comitato di valutazione composto dai Direttori del Dipartimento AFO Medica, AFO Chirurgica, DEU e il Direttore Sanitario di Presidio le segnalazioni di criticità e disfunzioni in modo da apportare i necessari correttivi; il Direttore Sanitario di Presidio raccoglierà le segnalazioni provenienti anche dagli altri Dipartimenti;

Di trasmettere, ai sensi dell'art.4 della Legge 24/2017, il presente Atto al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Politiche Sanitarie all'indirizzo mail-pec:

[dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it](mailto:dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it)

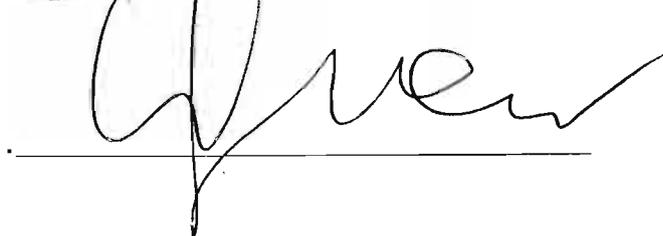
Il Responsabile del Procedimento

Dott. Massimo Rizzo



Il Direttore Sanitario di PO

Dott. Angelo Carcea



UFFICIO AFFARI GENERALI  
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

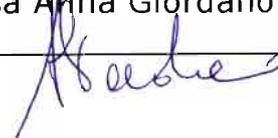
Si certifica che la presente determina è stata pubblicata nelle forme di legge  
all'Albo pretorio dell'Azienda in data 28 MAR.2017 con protocollo  
n. 848

Il Responsabile del procedimento

*Valter Cosentino*



Il Direttore f.f. Ufficio  
Affari Generali e Legali  
Dr.ssa Anna Giordano



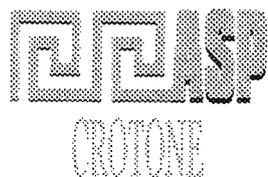


AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE



## REGOLAMENTO DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO Procedura gestionale

REV	DATA	REDATTO	VERIFICATO
0		RISCHIO CLINICO	DIREZIONE SANITARIA PO DIPARTIMENTO MAO DIPARTIMENTI SITA



# **REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO**

*Gestione del rischio  
clinico*

**REV 0**

## **1. OGGETTO**

La procedura ha per oggetto l'accoglienza e la gestione del paziente che accede al Pronto Soccorso organizzando percorsi appropriati di ricovero e di assistenza consentendo agli operatori sanitari di agire in modo uniforme e sicuro e comunque nell'interesse del paziente.

## **2. SCOPO**

Scopo della presente procedura è descrivere le modalità predisposte per l'identificazione e la presa in carico dei pazienti che richiedono ricovero presso il PO di Crotona, in modo da consentire il miglior funzionamento organizzativo e procedurale, una migliore comunicazione tra i soggetti coinvolti, per favorire una omogeneità di comportamento tra gli operatori sanitari e ogni condizione di assistenza socio-sanitaria.

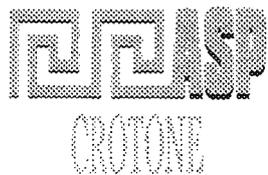
La procedura serve a semplificare gli interventi e a codificare i ruoli.

## **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il sistema sanitario si trova sempre di più nella difficoltà di gestire il contrasto tra l'aumentata domanda di prestazioni e le risorse disponibili sia in termini di personale che di strutture. Sempre più sistematicamente da questo conflitto scaturiscono disservizi anche gravi che elevano la tensione nei pazienti, tra gli operatori e nell'intero sistema organizzativo con ripercussioni non solo sulla qualità delle prestazioni ma anche sui livelli di sicurezza a favore del paziente e dello stesso operatore.

Il sistema di gestione è divenuto ancora più complicato per l'innalzamento dei pazienti complessi e difficili a causa di pluripatologie, cronicità o disabilità fisiche e sociali.

In particolare l'operatore di Pronto Soccorso si trova a dover gestire una serie di difficoltà e criticità che scaturiscono fondamentalmente dalle



## **REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO**

*Gestione del rischio  
clinico*

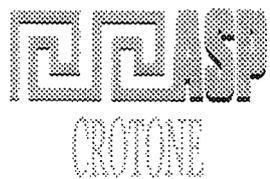
**REV 0**

innumerevoli richieste ma anche da un oggettivo contesto di lavoro e anche culturale e sociale verso il quale occorre confrontarsi e misurarsi con soluzioni appropriate.

Ma la maggiore area di vulnerabilità risiede proprio nell'appropriatezza dei ricoveri in quanto l'operatore del Pronto Soccorso nella maggior parte dei casi non può che fare riferimento alle risorse disponibili e alle possibilità operative quali osservazione in ambiente non idoneo, ricovero in barella, ricovero in appoggio in reparto di area funzionale diversa rispetto alla patologia presentata, ricovero in sovrannumero e via dicendo con ovvie ripercussioni organizzative e gestionali.

#### **4. CRITERI GENERALI**

- a. l'accoglienza del paziente deve avvenire nel rispetto della dignità della persona e della personalità avendo cura di verificare anche che il percorso assistenziale individuato si attenga ad indicatori di umanizzazione delle cure;
- b. la risposta dell'Azienda rispetto alla richiesta di assistenza di un malato è volta a garantire il massimo grado di competenze disponibili, la maggiore assistenza possibile ed il più adeguato livello informativo e comunque assicura ogni iniziativa utile per la sicurezza del paziente;
- c. trattandosi di presidio ad alta intensità di cura, nei casi complessi tutte le discipline e i consulenti devono mettersi a disposizione del medico richiedente;
- d. la priorità del Presidio è la corretta gestione dei pazienti critici; in questi casi i processi decisionali e gestionali devono essere collegiali e solidali nel senso che gli specialisti intervenuti in Pronto Soccorso devono operare azioni corali, sinergiche e continuative con il medico di Pronto Soccorso;

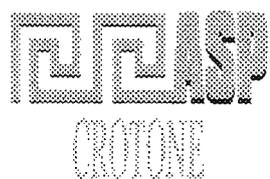


## **REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO**

*Gestione del rischio  
clinico*

**REV 0**

- e. in casi di maggiore affluenza ogni UUOO deve rendersi disponibile ad accogliere i pazienti anche in sovrannumero; il medico del Pronto Soccorso, comunque, in questi casi deve ricoverare secondo un criterio di sicurezza ma anche di equità di distribuzione;
- f. i pazienti possono essere ricoverati in reparto sempre dopo una stabilizzazione clinica a meno che non ricorrano i presupposti di un ricovero in rianimazione o in una terapia intensiva;
- g. il medico del Pronto Soccorso ricovera il paziente nel reparto dopo l'istruttoria clinica indispensabile e sufficiente per individuare l'area funzionale rispetto alla patologia presentata onde ricoverare il paziente secondo criteri di appropriatezza; altri esami non indispensabili devono essere effettuati dal Reparto che ne ha assunto la presa in carico;
- h. Il medico di Pronto Soccorso deve adottare le necessarie misure di urgenza avvertendo, o facendo avvertire, tutti gli specialisti competenti per la diagnosi, la terapia e l'intervento sull'ammalato, sia interni che esterni;
- i. Accertata la necessità del ricovero questo non può essere rifiutato ed in caso di mancanza di posti il Pronto Soccorso attiva il 118\_SUEM che assicura con appropriata assistenza medica il trasporto in altro Ospedale. Quando ciò non è possibile il paziente deve essere ricoverato a prescindere dal numero dei posti letto. Saranno poi i reparti ad organizzarsi ed attivare un circolo virtuoso per consentire che il paziente sia collocato nel luogo che più lo garantisce;
- j. In tema di sicurezza del malato deve prevalere il principio dell'affidamento per cui è preferibile dare assistenza al paziente in un reparto anziché esporlo nei locali del Pronto Soccorso. Sarà poi cura del reparto accogliente disporre il trasferimento se rileva l'inappropriatezza; ovviamente non è consentito il ricovero in area funzionale diversa da quella effettivamente richiesta per il paziente.

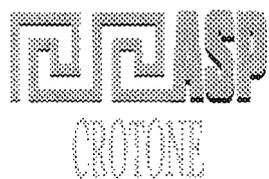


## **REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO**

*Gestione del rischio  
clinico*

**REV 0**

- Soltanto in casi veramente eccezionali ciò è consentito purché, comunque, vi sia il supporto incondizionato della disciplina interessata;
- k. le consulenze specialistiche richieste dal Pronto Soccorso devono assumere carattere di priorità ed urgenza; il parere motivato e le indicazioni dello specialista assumono carattere assorbente ma non vincolante qualora intervengano fattori concomitanti e/o sopravvenuti; una scelta condivisa è indispensabile;
  - l. qualunque medico che, sia pure a titolo di consulto, accerti l'esistenza di una patologia ad elevato ed immediato rischio di aggravamento, in virtù della sua posizione di garanzia ha l'obbligo di disporre personalmente i trattamenti terapeutici ritenuti idonei ad evitare eventi dannosi ovvero, in caso d'impossibilità di intervento, è tenuto ad adoperarsi facendo ricoverare il paziente in un reparto specialistico, portando a conoscenza dei medici specialistici la gravità e urgenza del caso ovvero, nel caso di indisponibilità di posti letto nel reparto specialistico, richiedendo che l'assistenza specializzata venga prestata nel reparto dove il paziente si trova ricoverato specie laddove questo reparto non sia idoneo ad affrontare la patologia riscontrata con la necessaria perizia professionale;
  - m. il reparto accogliente, anche se non ha espletato consulenza, deve essere comunque avvisato prima del ricovero ed il Pronto Soccorso deve assicurare che il trasporto e la sistemazione sia effettuata da personale idoneo;
  - n. è fatto divieto il ricovero in barella salvo casi di massima affluenza o di emergenza ambientale; i ricoveri in sovrannumero devono essere effettuati su regolari letti;
  - o. i ricoveri ordinari e non critici non possono essere effettuati nelle ore notturne salvo la necessità di uno stretto monitoraggio specialistico solo nei casi che non possa essere effettuato in Pronto Soccorso; in ogni caso il Reparto di destinazione, indipendentemente dai posti

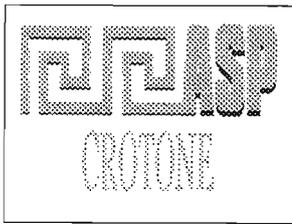


## **REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO**

*Gestione del rischio  
clinico*

**REV 0**

- letto, deve accogliere nel turno di mattina, i pazienti che hanno stazionato in Pronto Soccorso o, preferibilmente, in OBI;
- p. Il personale del Pronto Soccorso nei cambi di turno deve assicurare una corretta consegna del paziente ai Colleghi del turno successivo secondo le procedure di sicurezza (handoff reporting);
- q. I medici che accompagnano i pazienti nel Pronto Soccorso, compresi i medici del 118\_Suem, devono assistere i pazienti fino alla completa stabilizzazione dello stesso o comunque non prima di avere effettuato una compiuta consegna ai medici del Pronto Soccorso secondo il principio di continuità delle cure, di protezione e di affidamento; il paziente non può essere lasciato al Pronto Soccorso senza l'assistenza del soccorritore anche a costo di attendere fino alla risoluzione di casi più gravi;
- r. Per il trasferimento nei Presidi Hub deve essere considerata, oltre ai criteri già codificati di trasportabilità, l'adozione di scoring, prognostici o di gravità, negli ambiti interessati ovvero attenendosi alle direttive sanitarie vigenti o a specifici protocolli interaziendali;
- s. Gli specialisti, i medici o altre figure specialistiche che a vario titolo partecipano ad attività cliniche e strumentali di tipo diagnostico devono comunicare tempestivamente e senza formalità ogni alterazione patologica o che possa avere potenzialità di pericolo per il paziente;
- t. Richiamandosi alle specifiche Circolari Aziendali è fatto divieto di esprimere sempre, tanto più davanti a terzi, discredito sulla professionalità tra colleghi, accuse su presunti errori o negligenze, diverbio fra colleghi o altri operatori, scambio di accuse sulla efficienza/efficacia e competenza del lavoro fra colleghi.
- u. Nello spirito di solidarietà e collaborazione le criticità devono essere segnalate a chi di competenza secondo le modalità predisposte e con la discrezione dovuta e deve essere favorita la discussione dei casi sia

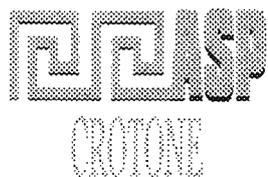
	<b>REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO</b>	<i>Gestione del rischio clinico</i>  <b>REV 0</b>
---	---	---

all'interno dei reparti o tra reparti coinvolti (case report) attraverso periodici audit clinici possibilmente programmati;

- v. I vari Reparti/UUOO/Servizi si devono fare promotori di azioni di miglioramento o accorgimenti correttivi nel caso si rilevino proprie o altrui criticità con confronti costruttivi e propositivi facendo in modo, quando possibile, di rendere la difettualità in buona pratica.
- w. I ricoveri o i trasferimenti inappropriati, per la loro ricorrenza, rilevanza/gravità ed esposizione a rischi, costituiranno criterio di valutazione del sanitario interessato e costituisce indicatore di accreditamento funzionale e di qualità del reparto.

## **5. Accoglienza in Pronto Soccorso ed in OBI**

1. Ogni paziente che accede al Pronto Soccorso deve compilare la scheda che serve per acquisire dati clinici essenziali ed utili per le procedure tempo-dipendenti (dolore toracico, ictus, trauma, etc.), per un primo orientamento diagnostico, per una responsabilizzazione partecipata del paziente oltre che a definire il trattamento dei dati sensibili;
2. Quando le condizioni cliniche lo consentono, gli operatori professionali (medici ed infermieri) che partecipano ai processi di cura sia in Pronto Soccorso che in OBI, devono compilare la scheda per la ricognizione farmacologica individualizzata; tale scheda comunque deve essere compilata nelle 24 ore dagli Operatori che hanno il paziente in carico;
3. Il medico del Pronto Soccorso può disporre la dislocazione presso l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) per la valutazione e trattamento dei pazienti ad alta complessità ma a basso grado di criticità che necessitano di una breve osservazione e/o trattamento al fine di



## **REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO**

*Gestione del rischio  
clinico*

**REV 0**

pervenire ad un giudizio esaustivo e rafforzare le cosiddette “capacità di filtro ai ricoveri”, senza aumentare l’offerta di servizi sanitari e quindi senza posti letto aggiuntivi.

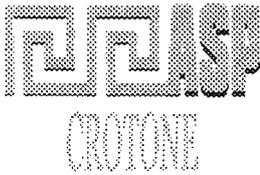
4. L’Osservazione Breve Intensiva è un’attività assistenziale finalizzata a formulare un rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per identificare l’appropriatezza del ricovero e della sua sede o della dimissione attraverso una valutazione diagnostica, osservazione longitudinale e terapia a breve termine di patologie urgenti.
5. Il processo diagnostico e terapeutico deve essere relativamente univoco e prevedibile, non differibile o gestibile ambulatorialmente, erogato in tempi brevi, garantendo continuità assistenziale, un livello assistenziale continuo e la possibilità di accedere ad indagini clinico-strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore e con tempi accelerati.
6. Le condizioni che giustificano l’accesso in OBI comportano l’effettuazione di diagnosi attraverso esami seriatì, di verificare l’effetto o la reazione a seguito della somministrazione di terapie, di disporre dei referti di esami che sciolgano il dubbio sullo stato di salute del paziente.
7. Il medico di Pronto Soccorso deve comunque trasferire i pazienti in OBI dopo uno stazionamento di sei ore o anche meno ovvero allorquando dai preliminari esiti clinici o dalle varie contingenze organizzative è prevedibile un prolungamento dell’attesa o comunque una permanenza non appropriata e sicura per il paziente. In questi casi sarà il medico dell’OBI a provvedere alla migliore soluzione per il paziente.

8. Il medico del Pronto Soccorso dispone l'accesso direttamente in OBI, dopo il corretto inquadramento clinico-diagnostico o la sua stabilizzazione, nei casi di dolore toracico, dolore addominale, epigastralgia, aritmia, angina, vertigine, ipertensione, cefalea, reazione allergica, traumi minori, intossicazioni, sincope, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma, diabete, polmonite, gastroenterite acuta complicata, infezioni delle vie urinarie, crisi convulsive, febbre, sindromi dolorose osteoarticolari e nevralgiche. I protocolli diagnostici-terapeutici devono essere espletati in OBI. In ogni caso deve essere facilitata l'attività degli specialisti con la compilazione di specifica scheda (cfr protocollo di accesso delle consulenze cardiologiche in Pronto Soccorso).
9. I casi clinici classificati come policontusi sono gestiti dal Medico di Pronto Soccorso. I traumi maggiori complessi o i politraumi sono gestiti secondo modalità operative meglio specificate in separata procedura e comunque deve essere attivato l'intervento dell'ortopedico, del chirurgo e del rianimatore o di altri specialisti interessati. Indipendentemente dai codici di gravità nei casi di lussazioni di grandi articolazioni, di fratture ossee con evidente scomposizione o di lacerazioni dei tessuti molli con esposizione muscolare o tendinea deve essere attivata la consulenza ortopedica in urgenza. In tutti gli altri casi la gestione e la valutazione del paziente deve essere effettuata dal medico del Pronto Soccorso che può indirizzare il paziente all'ambulatorio specialistico anche secondo le modalità differite; se invece ne ravvisa l'urgenza richiede l'intervento dell'Ortopedico di Guardia. In ogni caso i ricoveri sono definiti tra Pronto Soccorso e Reparto anche con algoritmi decisionali condivisi.
10. Il medico del Pronto Soccorso o dell'OBI, dopo le verifiche cliniche e diagnostiche con eventuale consulto specialistico, indica il grado di differibilità della prestazione:

- A. indifferibile, necessità di ricovero;
- B. differibile ambulatorialmente in tempi rapidi (uno-tre giorni);
- C. differibile ambulatorialmente in tempi medi (fino a sette giorni);
- D. da rimandare allo specialista ambulatoriale territoriale;
- E. da rimandare al medico curante.
- F. da rimandare al domicilio dopo le cure con scheda cautelativa per dimissione guidata e protetta (discharge advice);

11. La scheda cautelativa deve essere chiara e comprensibile e contenere istruzioni per il paziente che unitamente ai caregivers, se è il caso, verificano l'andamento clinico nelle dimissioni. A titolo esemplificativo possono essere considerate le seguenti condizioni cliniche: Cefalea con esiti neurologici negativi, Reazioni allergiche ad espressione cutanea non evolutiva, Intossicazioni minori (da farmaci, alimentari), avvelenamento, trauma cranico minore, trauma addominale chiuso non complicato, trauma toracico con frattura costale non complicato, angioedema risolto, orticaria cronica o acuta, tachicardia sinusale in assenza di sintomi associati, cistite/prostatite/uretrite/epididimite, gastroenterite non complicata, colica epatica non complicata, rettorragia in assenza di anemizzazione o altre condizioni che possono essere inserite o anche modificate su indicazione del Direttore del Pronto Soccorso.

12. Dimissioni protette con presa in carico da parte del medico curante possono essere operate nei seguenti casi (o in altri) a discrezione del medico dimittente: Crisi asmatiche, Disidratazione/diarrea,

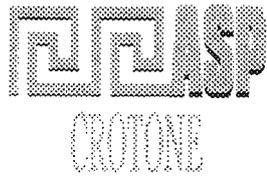
	<b>REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO</b>	<i>Gestione del rischio clinico</i>  <b>REV 0</b>
---	---	---

Iperglicemia moderata/crisi ipoglicemica risolta, Turbe metaboliche lievi, Gastroenterite acuta, Dolore toracico non cardiaco già indagato, Crisi ipertensive, polmonite non complicata, bronchite acuta, bronchite cronica riacutizzata trattata, flebite e via dicendo.

## **6. Trasporto intraospedaliero del paziente**

Il livello d'assistenza che il paziente deve ricevere durante il trasporto, non può essere inferiore a quello che abitualmente riceve nel trattamento di accoglienza ed inquadramento clinico .

In generale, meno è conosciuto il paziente più elevati devono essere i livelli d'attenzione clinica e di assistenza. Il paziente deve essere sempre ben protetto. Ogni trasporto deve essere preceduto da una corretta comunicazione, quando è possibile, con il paziente (o con i parenti) e soprattutto con accordo tra il personale sanitario (Medico e Infermiere) che ha in cura il Paziente ed il personale sanitario (Medico e Infermiere) accettante, sulle condizioni del Paziente e sull'indagine e/o trattamento da eseguire. Deve essere verificato preventivamente che l'area che dovrà ricevere il Paziente sia pronta ed in grado di eseguire immediatamente quanto programmato (esami strumentali, TAC, intervento chirurgico, ricovero, etc.) in modo da ridurre al minimo i tempi di permanenza del Paziente all'esterno dell'area di cura. Deve essere verificato preventivamente che nell'area che riceverà il Paziente, siano disponibili e funzionanti i supporti tecnici e logistici essenziali (prese O2, prese di corrente, dispositivi medici utili, etc.). Almeno un sanitario deve accompagnare il Paziente durante il trasporto a meno che il paziente non sia critico o subcritico; in questo caso è imposta la presenza di un medico oltre che di un infermiere. Negli altri casi il paziente può essere accompagnato da operatore sanitario specializzato o di provata esperienza.



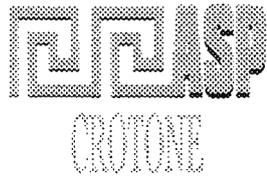
## **REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO**

*Gestione del rischio  
clinico*

**REV 0**

### **7. Attività della Direzione Sanitaria di Presidio**

- a) Il Direttore Sanitario di Presidio regola tutte le attività di accettazione, ricovero, dimissione e trasferimento anche nei casi non specificatamente previsti in questo Regolamento e dispone audit organizzativi su richiesta o di iniziativa.
- b) La Direzione Medica di Presidio, onde far fronte ad eventuali situazioni di emergenza, ha facoltà fino all'avvenuta normalizzazione della situazione, di disporre la temporanea sospensione dei ricoveri ordinari.
- c) Dopo aver esperito ogni tentativo utile per individuare un posto letto libero, in caso di assoluta indisponibilità, si deve procedere al trasferimento protetto del paziente tramite SUEM\_118, previa stabilizzazione clinica, presso altro idoneo ospedale.
- d) Il Direttore Sanitario di Presidio è il coordinatore dei ricoveri nei casi straordinari o di maxi-affollamento.
- e) Presso il PO di Crotona sono anche previsti i ricoveri programmati che devono essere registrati presso l'apposito Ufficio Accettazione. Il ricovero programmato è un ricovero per patologie non urgenti che di norma fa seguito a visite ambulatoriali, a prenotazione oppure a un precedente ricovero quale proseguimento terapeutico delle cure.
- f) I ricoveri d'urgenza sono disposti dal medico del Pronto Soccorso. Le strutture di degenza devono impegnarsi ad assicurare la presa in carico degli utenti avviati dal Pronto Soccorso ed a segnalare alla predetta struttura, sia in tempo reale che sistematicamente almeno 2 volte al giorno, ogni variazione della disponibilità di posti letto.
- g) Ai fini del contenimento del rischio clinico è necessario istituire un rapporto bidirezionale anche attraverso l'istituzione di figura di coordinamento (Ospedalista) e/o di gestionale informatico dedicato. Il medico Ospedalista verifica la disponibilità dei posti letto in tempo



## **REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO**

*Gestione del rischio  
clinico*

**REV 0**

reale, favorisce l'interazione tra reparti, facilita i processi assistenziali, contribuisce a rimuovere barriere al ricovero, alle dimissioni e al trasferimento, segnala alla Direzione Sanitaria i ricoveri inappropriati e le loro possibili cause. La Direzione Sanitaria qualifica il livello di inappropriata, dopo discussione interna con gli interessati, e nel caso l'inappropriata sia disfunzionale o non giustificata, trasmette la segnalazione alla Direzione Strategica per inserire la difformità nel fascicolo del sanitario coinvolto o per i provvedimenti più opportuni.

### **8. MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE**

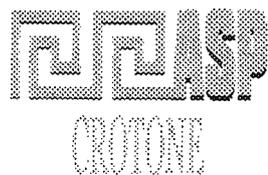
La Direzione Sanitaria di Presidio e l'U.O. Rischio Clinico sovrintendono allo sviluppo e all'implementazione della presente procedura, nonché della sussistenza degli indicatori applicabili.

Gli interventi sul sistema devono essere finalizzati a predisporre l'appropriatezza delle prestazioni utilizzando indicatori applicabili (es. riduzione tempi di attesa, riduzione ricoveri inappropriati, aderenza a standard attesi o di riferimento, riduzione del contenzioso).

Il Rischio Clinico provvederà a raccogliere eventuali segnalazioni relative a criticità riscontrate nell'applicazione della procedura e ad eventuali richieste motivate di integrazioni o modifiche della stessa.

Nel piano annuale di formazione deve essere considerato uno specifico programma sulla gestione dei ricoveri e sulle tematiche associate ed in particolare sulle conseguenze dell'inappropriatezza.

I Direttori delle UO interessate devono stimolare la discussione sui casi report o sulle criticità e promuovere procedure condivise in modo da fare acquisire le dovute competenze al personale sanitario.



## REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO

Gestione del rischio  
clinico

REV 0

In particolare, soprattutto nell'ambito dell'Urgenza-Emergenza deve essere adottato il modello delle Credenziali e dei Privilegi onde favorire una migliore *clinical competence*.

Il Servizio di Rischio Clinico avrà cura di stimolare l'elaborazione di procedure gestionali ed operative individuando criteri di sicurezza ed indicatori di umanizzazione e di comunicazione.

Il funzionamento delle UUOO in relazione ai ricoveri deve essere valutato anche in relazione ai livelli minimi di organizzazione (LEO), di umanizzazione e di informazione e comunque degli indicatori sotto indicati.

appropriatezza	Turnover dei ricoveri
	Tempi di degenza
	Liste di attesa
	Indicatori di ricovero
qualità	Compilazione Cartella Clinica
	Customer satisfaction
	Elaborazione di procedure
	Carta di servizio di reparto
sicurezza	Reclami
	Numero di segnalazioni
	Numero di case report/audit
	Contenzioso interno ed esterno

**FOGLIO DI RISCHIO CLINICO**

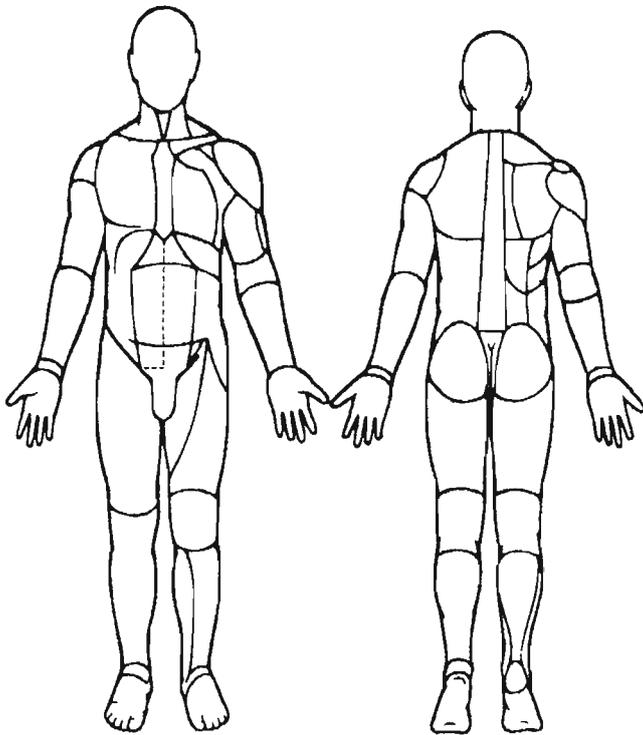
Cognome e nome: \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_  
 residenza: \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_ religione: \_\_\_\_\_  
 esenzione ticket:  presente  assente medico curante: \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ occupazione: \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
 licenza elementare;  licenza media;  diploma;  laurea

Descrizione dei disturbi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Indicare la sede del dolore o del trauma

Indicare l'intensità del dolore



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nessun dolore										Massimo dolore

Il disturbo è insorto all'improvviso  dopo uno sforzo  gradualmente

Il disturbo dura da minuti  da un'ora  da qualche ora  da un giorno  da più di un giorno

Il disturbo è continuo  intermittente  con spasmo  con colica

sottolineare le qualità del dolore  
 trafittivo, fulminante, puntorio, terebrante, ottuso, sordo, compressivo, oppressivo, altro

Vi sono altri disturbi come  
 pallore  sudorazione  ipotensione  tachicardia   
 nausea  vomito  vertigini  disturbi visivi  febbre   
 spossatezza  confusione  agitazione   
 difficoltà respiratorie  disturbi urinari  disturbi intestinali   
 altro

E' stato già visitato dal suo medico curante o da altri medici? No  Si

E' stato già in Pronto Soccorso per lo stesso motivo? No  Si

Ha malattie croniche quali: diabete  ipertensione  malattie neurologiche  BPCO  cardiopatie   
 malattie psichiatriche  allergie  nessuna malattia  altre malattie: \_\_\_\_\_

Assume farmaci? No  Si  quali? \_\_\_\_\_

**Condizione emotiva**  
 accettazione  ansia/panico  pianto  aggressività  rifiuto  
 negazione  paura  sfiducia  voglia di fuggire  
 altro: \_\_\_\_\_

**Linguaggio e autonomia:**  
 mi esprimo e comprendo correttamente;  
 ho difficoltà a comprendere;  
 ho difficoltà motorie o deficit sensoriali

**Persone disponibili**  
 partner  genitore  sorella/fratello  figlio/a  nipote  amico  
 Nominativo: \_\_\_\_\_

preferisco affrontare in autonomia l'esperienza

Firma paziente \_\_\_\_\_

Crotone, \_\_\_\_\_

Firma accompagnatore \_\_\_\_\_

**Modello semplificato unico di Informativa e Consenso per il trattamento dei dati personali**  
(artt. 13 e 79 D.Lgs 196/2003)

Gentile utente  
la presente informativa Le viene consegnata in ottemperanza all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003.

I dati personali da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

**PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA, RIABILITAZIONE O PER ALTRE PRESTAZIONI DA LEI RICHIESTE, FARMACEUTICHE E SPECIALISTICHE**

Si tratta dei dati forniti da Lei stesso/a o che sono acquisiti altrove, ma con il Suo consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.

Il trattamento dei dati si svolgerà nel pieno rispetto delle libertà fondamentali senza ledere la Sua riservatezza e la Sua dignità, adottando sempre principi ispirati alla correttezza, liceità e trasparenza e per scopi non eccedenti rispetto alle finalità della raccolta.

I dati trattati non verranno comunicati a soggetti privi di autorizzazione concessa dal Titolare o dal Responsabile, fatta salva la comunicazione o diffusione di dati richiesti, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall'autorità giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza o da altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato, di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

Il trattamento potrà riguardare anche la tipologia dei dati cosiddetti "Sensibili", quei dati, cioè, idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesioni a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofia, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Tale trattamento può essere autorizzato solo con il Suo consenso manifestato per iscritto.

Il conferimento dei dati è facoltativo ma il rifiuto a fornirli pregiudicherebbe la parziale o totale esecuzione delle prestazioni da Lei richieste.

---

*Acquisite tali informazioni il sottoscritto, consapevole che si tratta di dati sensibili che mi riguardano nonché che il Titolare del trattamento dei dati è l'ASP di Crotone legalmente rappresentata dal Direttore Generale pro tempore:*

**PRESTA CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI NECESSARI PER LO SVOLGIMENTO DELLE OPERAZIONI INDICATE NELL'INFORMATIVA**

firma leggibile e per esteso \_\_\_\_\_

**PRESTA CONSENSO PER LA COMUNICAZIONE AI SEGUENTI SOGGETTI:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

firma leggibile e per esteso \_\_\_\_\_

**PRESTA IL SUO CONSENSO PER LA DIFFUSIONE DEI DATI SOLO NELL'AMBITO INDICATO NELL'INFORMATIVA**

firma leggibile e per esteso \_\_\_\_\_

Crotone, \_\_\_\_\_

**RICHIESTA CONSULENZA CARDIOLOGICA**

Data	Orario	arrivo in Pronto Soccorso	Nosologico
------	--------	---------------------------	------------

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 PS    OBI    Medicina d'urgenza    Ambulatorio di \_\_\_\_\_    Reparto di \_\_\_\_\_

Sintomatologia

Tipo di dolore

Traumatologia associata

Paziente cardiopatico

Diagnosi:

Rischio cardiologico	+/-
Fumo	
BPCO	
Diabete	
Iperensione	
familiarità	
CAD	
dislipidemia	
coagulopatie	

**GLASGOW COMA SCALE**

- Grave, con GCS  $\leq 8$
- Moderata, con GCS 9-12
- Minore, con GCS  $\geq 13$

Cardiologo Curante: \_\_\_\_\_ Terapia domiciliare: \_\_\_\_\_ Ultimo accesso clinico: \_\_\_\_\_

Altre Patologie associate o allergie

**orario** →

FLOW CHART VITALS	Pressione Arteriosa								
	Frequenza Cardiaca								
	Frequenza respiratoria								
	Sensorio								
	Ossigeno								
	Ossimetria								
	ECG								
	Troponina								
	Destrostick								

Azioni cliniche:

Consulenza cardiologica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Medico richiedente