



# Linee guida

per la procedura informativa del flusso

**EMERGENZA-URGENZA Pronto Soccorso (EMUR)**

A cura dell'Osservatorio per la Salute

(Deliberazione della G.P. n. 529 del 14.07.2020)

Aggiornata il 14.07.2020

Linee guida per la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso

Luglio 2020

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano

Ripartizione Salute

Osservatorio per la Salute

Copie disponibili presso:

Ripartizione Salute – Osservatorio per la Salute

Via Canonico Michael Gamper, 1 – 39100 BOLZANO

Tel. 0471 – 41.80.40

Fax 0471 – 41.80.48

e-mail: [osservatoriosalute@provincia.bz.it](mailto:osservatoriosalute@provincia.bz.it)

Scaricabile dal sito internet:

<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/>

# **INDICE**

PAG.

|                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUZIONE .....                                                                                                               | 4  |
| 2. DEFINIZIONE .....                                                                                                                | 4  |
| 3. PERCORSO DEL PAZIENTE CHE ACCEDE AL PRONTO SOCCORSO .....                                                                        | 5  |
| 3.1. TRIAGE .....                                                                                                                   | 6  |
| 3.2. FAST TRACK .....                                                                                                               | 7  |
| 3.3. AMBULATORIO CURE PRIMARIE .....                                                                                                | 7  |
| 3.4. INVIO DIRETTO .....                                                                                                            | 7  |
| 4. APERTURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO (VERBALE DI PRONTO SOCCORSO).....                                                       | 8  |
| 5. REGISTRAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....                                                                                            | 8  |
| 6. TIPOLOGIE DI ACCESSO .....                                                                                                       | 9  |
| 6.1. ACCESSO DI PAZIENTE “INSTABILE” .....                                                                                          | 9  |
| 6.2. ACCESSO DI PAZIENTE “STABILE” CHE SI PRESENTA SPONTANEAMENTE (SENZA RICHIESTA<br>DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE) .....        | 9  |
| 6.2.1. PAZIENTE VISITATO DAL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO .....                                                                        | 9  |
| 6.2.2. PAZIENTE INVIATO DIRETTAMENTE AGLI AMBULATORI/REPARTI/SERVIZI.....                                                           | 9  |
| 6.3. ACCESSO DI PAZIENTE “STABILE” CON RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE .                                                  | 10 |
| 6.4. ACCESSO PER VISITE DI CONTROLLO E/O PER MEDICAZIONI .....                                                                      | 10 |
| 7. CHIUSURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO .....                                                                                   | 11 |
| 8. ACCESSI CHE ESITANO IN RICOVERO .....                                                                                            | 11 |
| 9. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET) .....                                                                            | 11 |
| 10. TRASMISSIONE DEI DATI .....                                                                                                     | 12 |
| 10.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO<br>UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA ..... | 12 |
| 10.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO .....                                                                                      | 12 |
| 11. TRATTAMENTO DEI DATI .....                                                                                                      | 12 |
| 12. ALLEGATI TECNICI.....                                                                                                           | 13 |

## 1. INTRODUZIONE

A livello nazionale è stato definito un programma di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di emergenza-urgenza sanitaria. Al fine di garantire una risposta sanitaria tempestiva ed interventi assistenziali efficaci ed efficienti a fronte di situazioni improvvise di rischio per la salute del cittadino, sono state approvate le Linee Guida per l'organizzazione sul territorio nazionale di un vero e proprio "sistema di emergenza sanitaria" per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza da parte del Pronto Soccorso e del 118 (D.P.R. 27/03/1992).

Tenuto conto della complessità gestionale che caratterizza tale sistema di emergenza e anche dell'obiettivo di definire strumenti in grado di poter garantire la disponibilità e lo scambio di informazioni, risulta fondamentale uno sviluppo di un'adeguata rete di informatizzazione.

La procedura informativa è stata definita al fine di raccogliere informazioni sul paziente, sulle prestazioni a cui è stato sottoposto e sulle caratteristiche del servizio di emergenza erogate. La prima direttiva provinciale per la regolamentazione della procedura informativa per la rilevazione degli accessi di Pronto Soccorso è stata approvata con deliberazione della Giunta provinciale n. 4824 del 18/12/2006 ed è entrata in vigore il 01/02/2020. Nel 2009, le Linee Guida sono state aggiornate in occasione dell'introduzione dell'"Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)" prevista con deliberazione della G.P. n. 3642 del 06/10/2008 e successive modifiche; dal 01/01/2012 sono state modificate secondo il disciplinare tecnico "*Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza*" contenente le specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso, redatte dal Ministero della Salute, in quanto l'invio dei dati al NSIS - Nuovo Sistema Informativo Sanitario è divenuto obbligatorio (DM 17/12/2008). La Conferenza Stato Regioni del 01/08/2019 ha approvato tre documenti contenenti linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, sull'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) e sullo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. Al fine di avere un quadro più dettagliato del trattamento ricevuto da parte di un utente in Pronto Soccorso è necessario collegare il flusso del Pronto Soccorso (SPS) con il flusso della Specialistica ambulatoriale (flusso SPA, deliberato in G.P. del 23/03/1998, n.1071 e successive modifiche) in cui vengono registrate tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e quindi anche le prestazioni erogate al paziente dal Pronto Soccorso nell'ambito del medesimo accesso.

A completamento del percorso emergenza urgenza, le "Linee guida per la rilevazione delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (118)" definiscono una serie di informazioni che la centrale operativa 118 deve acquisire e gestire durante la missione di soccorso, con l'obiettivo di definire gli strumenti per la valutazione dell'attività assistenziale nei sistemi di emergenza sanitaria territoriale.

Linkando quindi i flussi 118 e Specialistica ambulatoriale con quello di Pronto Soccorso, è possibile fornire indicazioni precise su tutto il percorso di assistenza sanitaria in emergenza-urgenza.

Con le presenti Linee Guida si intende fornire ai servizi di Pronto Soccorso tutte le indicazioni necessarie per una corretta ed uniforme trasmissione delle informazioni richieste dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

Le linee guida sono articolate in due parti:

1. la prima descrive le caratteristiche generali del percorso di assistenza in Pronto Soccorso attraverso le informazioni raccolte dal flusso EMUR Pronto Soccorso ("Linee guida per la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso");
2. la seconda illustra i contenuti informativi della procedura EMUR Pronto Soccorso, il tracciato record per la trasmissione dei dati e i controlli di qualità sulle informazioni raccolte (Allegato tecnico "Specifiche tecniche per la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso").

## 2. DEFINIZIONE

La procedura informativa "EMUR Pronto Soccorso" costituisce lo strumento ordinario di raccolta di un dataset minimo di informazioni utile per documentare l'assistenza prestata agli utenti che accedono ai servizi di Pronto Soccorso e che successivamente possono essere trattati in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.).

I dati raccolti attraverso tale procedura vengono utilizzati a fini conoscitivi e valutativi dei servizi di Pronto Soccorso nell'ambito della programmazione sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.

I dati raccolti sono relativi al seguente set di informazioni legate alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza da parte degli ospedali:

- struttura erogatrice;

- accesso e dimissione;
- identificazione dell'assistito;
- diagnosi e prestazioni erogate;
- valorizzazione economica dell'accesso.
- 

L'ambito di adozione della procedura si estende a tutti i Pronto Soccorso presenti negli ospedali pubblici della Provincia di Bolzano.

|                            |                                                         |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|
| Comprensorio di Bolzano    | ► Pronto Soccorso dell'Ospedale centrale di Bolzano     |
| Comprensorio di Merano     | ► Pronto Soccorso dell'Ospedale aziendale di Merano     |
|                            | ► Pronto Soccorso dell'Ospedale di base di Silandro     |
| Comprensorio di Bressanone | ► Pronto Soccorso dell'Ospedale aziendale di Bressanone |
|                            | ► Pronto Soccorso dell'Ospedale di base di Vipiteno     |
| Comprensorio di Brunico    | ► Pronto Soccorso dell'Ospedale aziendale di Brunico    |
|                            | ► Pronto Soccorso dell'Ospedale di base di San Candido  |

Come indicato nell'atto del Ministero della Salute del 17 maggio 1996 in applicazione del D.P.R. del 27 marzo 1992, i servizi di Pronto Soccorso e di accettazione svolgono:

1. attività di accettazione per i casi elettivi e programmati;
2. attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza;
3. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza differibile;
4. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile;
5. attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza.

La procedura informativa deve essere compilata per tutti i pazienti **presi in carico** dal Pronto Soccorso.

Costituisce **unità di rilevazione** il singolo utente che accede in Pronto Soccorso e che viene preso in carico dal servizio, esclusi gli accessi programmati per visite di controllo e/o medicazioni successive al primo accesso.

### 3. PERCORSO DEL PAZIENTE CHE ACCEDE AL PRONTO SOCCORSO

Nel modello organizzativo il processo decisionale in ingresso integra valutazioni di priorità clinica e di complessità assistenziale per indirizzare il paziente fin dal triage al percorso più idoneo.

Il percorso assistenziale di un paziente che accede al se Pronto Soccorso è costituito da tre fasi distinte:

- **Fase di accoglienza/accettazione**

Corrisponde all'accesso in Pronto Soccorso del paziente. Questa fase comprende l'accettazione del paziente e la valutazione della sua priorità (triage).

- **Fase diagnostica/terapeutica**

Corrisponde all'analisi della sintomatologia e delle condizioni cliniche del paziente e all'erogazione delle prestazioni necessarie. In questa fase, una volta preso in carico il paziente, il medico del Pronto Soccorso valuta la necessità di trasferire il paziente in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.). L'O.B.I. si pone come obiettivo l'osservazione longitudinale del paziente in modo da garantire un adeguato approfondimento diagnostico-terapeutico e, quindi, una maggiore sicurezza dell'assistenza erogata in Pronto Soccorso. L'O.B.I. si configura come un insieme di prestazioni diagnostiche e terapeutiche che hanno come finalità un rapido inquadramento clinico del paziente e presuppone un'alta intensità di cure in termini di impegno di personale ed accertamenti strumentali utilizzati in forma concentrata nel tempo (vedi deliberazione della G.P. n. 3642 del 06/10/2008 e successive modifiche).

- **Esito intervento**

Corrisponde alla fase di dimissione dell'utente dal Pronto Soccorso.

Nel caso in cui il paziente sia trattato in O.B.I., la dimissione dall'O.B.I. coinciderà con la dimissione dal Pronto Soccorso.

Nel caso in cui il paziente venga ricoverato, la data di ricovero coinciderà con la dimissione dal Pronto Soccorso.

### **3.1. TRIAGE**

La valutazione degli accessi al Pronto Soccorso attraverso la priorità-gravità attribuita all'accoglienza rappresenta uno strumento indispensabile per la gestione dei pazienti e per garantire la risposta tempestiva e adeguata in base alle problematiche cliniche in situazioni in cui possono generarsi lunghe liste di attesa.

Il triage deve avere la funzione di primo momento di accoglienza e di stratificazione dei pazienti. Deve essere effettuato al primo contatto con il paziente da personale infermieristico adeguatamente formato.

I codici di priorità di intervento assegnati dal Pronto Soccorso a ciascun utente previsti dal Manchester Triage System (MTS)<sup>1</sup>, in linea con la nuova codifica nazionale, sono riportati di seguito:

| CODICE TRIAGE   | DESCRIZIONE                                                                                                                                                         | CODIFICA NAZIONALE                |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| "R" (rosso)     | Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali (stato molto critico)                                                                                    | 1 - Emergenza (Rosso)             |
| "A" (arancione) | Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizioni stabile con rischio evolutivo o dolore severo (stato critico)                                           | 2 - Urgenza (Arancione)           |
| "G" (giallo)    | Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse (stato mediamente critico) | 3 - Urgenza differibile (Azzurro) |
| "V" (verde)     | Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche (stato poco critico)          | 4 - Urgenza minore (Verde)        |
| "B" (blu)       | Problema non urgente o di minima rilevanza clinica (stato non critico)                                                                                              | 5 - Non urgenza (Bianco)          |

Se per gli ospedali con più di 25.000 accessi all'anno il modello organizzativo adottato dai rispettivi Servizi di Pronto Soccorso non prevede una vera e propria procedura di triage, per mancanza di risorse (strutturali e/o umane) o perché il personale che opera è in grado di assistere tutti gli utenti senza produrre tempi di attesa, deve essere comunque definito un codice di gravità del paziente all'accesso attraverso una valutazione sintetica del paziente da parte di personale sanitario (adeguatamente istruito).

Se gli accessi sono meno di 25.000 la compilazione del triage è facoltativa.

L'infermiere di triage assegna e documenta il codice di priorità in funzione di:

"condizioni cliniche" valutate attraverso anamnesi e rilievi obiettivi, conseguente "rischio evolutivo", "assorbimento delle risorse" e "bisogni assistenziali".

Pazienti deambulanti e/o con ridotte necessità assistenziali che non richiedono un rapido intervento diagnostico-terapeutico e che comportano un minor assorbimento di risorse, valutati solitamente con codice di priorità blu (non urgenza) o verde (urgenza minore), possono essere indirizzati ad un percorso specifico a bassa complessità clinico-assistenziale secondo i protocolli in uso (si veda paragrafi 3.2 e 3.3).

---

<sup>1</sup> A partire dal 01/03/2016, con comunicazione del direttore generale dell'Azienda Sanitaria (lettera del 04/01/2016 prot. 0000256-BZ).

### **3.2. FAST TRACK**

Per fast-track si intende un modello di risposta assistenziale mono-specialistica (ad esempio: oculistica, otorinolaringoiatria, odontoiatria, ginecologia/ostetricia, dermatologia), alla quale nella fase di triage sia stata attribuita una codifica di urgenza minore. Il percorso si avvia dal triage ed è condotto sulla base di specifiche linee guida e protocolli validati localmente, che consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente.

I presupposti per l'avvio del fast-track sono:

- attivazione da parte del triagista senza necessità di una visita preliminare del medico di Pronto Soccorso;
- attribuzione di una codifica di triage di accesso blu o verde;
- pertinenza mono specialistica (dermatologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, odontoiatria, ginecologia-ostetricia, pediatria);
- predisposizione e osservanza di procedure e protocolli validati localmente negli ospedali in relazione alle attività specialistiche ivi presenti;
- orari definiti in base alle caratteristiche del Pronto Soccorso e dell'ospedale di riferimento. Ove possibile il fast-track deve essere attivato 7 giorni su 7.

Laddove siano rispettati tali presupposti, il triagista, in relazione alle attività specialistiche presenti nell'ospedale di riferimento e alla casistica attesa per la disciplina in oggetto, senza ricorrere preventivamente alla visita preliminare da parte del medico di Pronto Soccorso, seleziona la modalità fast track e trasferendo la pratica e la relativa responsabilità clinica direttamente allo specialista. La pertinenza mono specialistica del caso non esclude la possibilità, se necessario, di richiedere in regime di emergenza esami di laboratorio e/o indagini strumentali.

Una volta concluso il percorso lo specialista, utilizzando l'applicativo gestionale del Pronto Soccorso, emette il referto, chiude il verbale, lo sottoscrive, e consegna al paziente la documentazione clinica ed eventualmente quella necessaria al pagamento del ticket.

Se durante il percorso di fast-track emergono problematiche che richiedono l'intervento del medico di Pronto Soccorso, la pratica dovrà essere ritrasmessa al Pronto Soccorso.

### **3.3. AMBULATORIO CURE PRIMARIE**

Con delibera aziendale 634 del 24.09.2019 è stato approvato il progetto sperimentale "Ambulatorio Cure Primarie (ACP)" presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale centrale di Bolzano. Obiettivo dell'ACP è ampliare le modalità di accesso all'assistenza primaria, educando la popolazione ad un accesso al servizio sanitario più appropriato e ottimizzando il trattamento dei codici triage minori presso il Pronto Soccorso. L'ambulatorio, presso il quale operano medici di medicina generale incaricati, è aperto tutti i giorni della settimana dalle 8 alle 24 ed è allocato presso i locali del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Bolzano. L'accesso avviene dopo la valutazione del codice triage; il paziente deve essere autosufficiente, sintomatico, ma non sofferente, e deve avere una sufficiente capacità cognitiva. Il medico di medicina generale dell'ACP chiude la scheda di Pronto Soccorso.

### **3.4. INVIO DIRETTO**

In alcuni servizi è prevista la procedura di invio diretto del paziente agli ambulatori specialistici o alle unità operative senza valutazione da parte del medico di Pronto Soccorso. Tale procedura organizzativa è in genere attivata in situazioni di continuo affollamento del Pronto Soccorso, al fine di erogare una risposta sanitaria tempestiva ed appropriata. Per invio diretto si intende l'accesso agli ambulatori specialistici pertinenti con richiesta (U24h) di visita specialistica o di prestazione diagnostica urgente prescritta dal MMG, dal PLS o dal medico di continuità assistenziale dove previsto e negli orari concordati a livello di singola struttura erogatrice. Il paziente che, munito di ricetta U24h senza transitare per il Pronto Soccorso, acceda agli ambulatori ospedalieri negli orari di apertura degli stessi verrà assoggettato al regime di specialistica ambulatoriale e al pagamento del ticket connesso con tale regime di assistenza. Qualora il paziente acceda al Pronto Soccorso, l'impegnativa U24h decadrà al momento dell'apertura del verbale e risulterà presa in carico ed erogata in Pronto Soccorso, dove saranno applicate le regole di partecipazione alla spesa ivi vigenti.

#### **4. APERTURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO (VERBALE DI PRONTO SOCCORSO)**

Ogni accesso non programmato (esclusi accessi per visite di controllo e/o medicazioni) ai servizi di Pronto Soccorso che determina una valutazione clinica del paziente effettuata dal medico presente in Pronto Soccorso, rappresenta una “presa in carico” del paziente da parte del servizio.

L’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso” deve avvenire ogni qualvolta si verifichi una presa in carico del paziente da parte del Pronto Soccorso.

“Aprire una scheda di Pronto Soccorso” significa redigere un documento clinico firmato dal medico di Pronto Soccorso contenente un minimo dataset standardizzato di informazioni (variabili obbligatorie del flusso “EMUR Pronto Soccorso”) valido per tutti i Pronto Soccorso e con valenza medico legale.

#### **5. REGISTRAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

Attualmente, ai fini del calcolo della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del paziente e della compensazione della mobilità interregionale, le prestazioni erogate nell’ambito dello stesso accesso devono essere organizzate per branca specialistica e per impegnativa. Considerato che una doppia registrazione, oltre a comportare un utilizzo poco efficiente delle risorse, genera errori e difficoltà nella manutenzione e allineamento degli archivi, si rende necessario prevedere, per quanto riguarda le prestazioni, un unico archivio alimentato dal flusso della specialistica e dalle prestazioni erogate ai pazienti che accedono ai servizi di Pronto Soccorso. Pertanto, la registrazione di tutte le prestazioni erogate al paziente dal Pronto Soccorso e/o dall’O.B.I. e/o da altri servizi/unità operative ospedalieri nell’ambito del medesimo accesso, deve avvenire anche nell’archivio della specialistica ambulatoriale secondo le linee guida della specialistica (delibera G.P. n. 965 del 25/06/2012).

Ne segue quindi la necessità che la procedura informativa “EMUR Pronto Soccorso” si interfacci con l’archivio della specialistica ambulatoriale. Tale collegamento è possibile attraverso le variabili chiave “comprensorio inviante”, “istituto” e “Identificativo accesso” presenti in entrambe le procedure informative. Questi campi identificano univocamente l’accesso all’interno della medesima struttura ospedaliera e vengono assegnati dalla procedura “EMUR Pronto Soccorso” ogni qualvolta si verifichi una presa in carico del paziente da parte del Pronto Soccorso e per gli invii diretti alle unità operative/ambulatori. Si fa presente che in virtù di quanto sopradescritto, le prestazioni dovranno essere indicate e codificate secondo il nomenclatore della specialistica ambulatoriale (delibera G.P. n. 241 del 02.04.2019).

Nella “Scheda di Pronto Soccorso” vengono registrati gli accessi di:

- persone senza impegnativa che vengono valutate dal medico di Pronto Soccorso;
- persone che accedono con impegnativa urgente (U24h) che vengono valutate dal medico di Pronto Soccorso durante l’orario di chiusura degli ambulatori (in casi rari, anche durante l’orario di apertura).

Nell’archivio della specialistica dovrà essere specificato il campo “Modalità di accesso” = 1 o 2 (paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero), oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero) e dovrà essere riportato il codice “identificativo di accesso” di Pronto Soccorso.

Per gli “invii diretti” dal Pronto Soccorso agli ambulatori specialistici (ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria, oculistica, psichiatria, otorinolaringoiatria,...) il servizio deve fornire al paziente un modulo di richiesta di visita specialistica urgente da presentare all’ambulatorio di invio; in questi casi deve essere prevista da parte del Pronto Soccorso la registrazione dei dati anagrafici dell’utente e la compilazione della variabile “invio diretto”, senza, però, dar luogo all’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”.

L’ambulatorio specialistico può visualizzare i dati anagrafici del paziente inseriti al momento dell’accesso in Pronto Soccorso. È compito del medico specialista procedere per questi pazienti all’autoprescrizione di un’impegnativa (delibera G.P. n. 965 del 25/06/2012); le prestazioni vengono registrate nel flusso della specialistica ambulatoriale. Deve, inoltre, essere riportato il numero di “identificativo di accesso” del Pronto Soccorso.

La scelta di non prevedere l’apertura della “Scheda di Pronto Soccorso” per gli accessi di pazienti inviati direttamente agli ambulatori è stata dettata sia da considerazioni su aspetti medico legali sia dalla necessità di rilevare, all’interno del flusso, l’effettiva attività del Pronto Soccorso non gra-

vando il servizio della rilevazione di prestazioni erogate dagli ambulatori e considerate di specialistica “urgenti”.

## **6. TIPOLOGIE DI ACCESSO**

### **6.1. ACCESSO DI PAZIENTE “INSTABILE”**

Il paziente “instabile” che presenta un’alterazione dei parametri vitali e che necessita di un intervento sanitario immediato, trasportato al Pronto Soccorso con mezzi privati oppure con ambulanza/eliambulanza in seguito a chiamata del 118, viene trattato nel più breve tempo possibile dal personale medico del servizio. L’accesso determina una presa in carico del paziente da parte del servizio, e, quindi, l’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”. Le prestazioni dovranno essere registrate ed archiviate anche nel flusso della specialistica ambulatoriale, con la specificazione di “Modalità di accesso” = 1 o 2 (paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero), oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I.), a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero. Deve essere riportato, inoltre, il codice “identificativo di accesso” al Pronto Soccorso.

### **6.2. ACCESSO DI PAZIENTE “STABILE” CHE SI PRESENTA SPONTANEAMENTE (SENZA RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE)**

#### **6.2.1. PAZIENTE VISITATO DAL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO**

Nel caso di paziente che accede spontaneamente al Pronto Soccorso (senza richiesta del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o del medico specialista di visita specialistica o di prestazione diagnostica urgente) e che viene valutato dal medico del servizio, l’accesso determina una presa in carico del paziente e, quindi, l’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”.

Negli ospedali in cui il Pronto Soccorso non è dotato di personale medico autonomo, le prestazioni specialistiche effettuate dal medico dell’unità operativa durante il turno in Pronto Soccorso, vengono considerate prestazioni di Pronto Soccorso, per cui l’accesso determina l’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”.

Devono essere considerati, pertanto, accessi di Pronto Soccorso tutti i primi interventi non programmati erogati dal personale medico in turno in Pronto Soccorso a persone che si presentano spontaneamente senza richiesta del medico di medicina generale. Nel caso in cui, successivamente alla visita in Pronto Soccorso o in O.B.I., il paziente venga inviato all’ambulatorio specialistico, sarà compito del medico specialista informare il Pronto Soccorso dell’esito (a domicilio, ricovero, ...) della visita, che verrà registrato nella “Scheda di Pronto Soccorso”.

A fronte di una codifica triage blu o verde e di una pertinenza mono specialistica (dermatologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, odontoiatria, ginecologia-ostetrica, pediatria), il paziente può essere indirizzato verso il percorso fast-track o verso l’ambulatorio di cure primarie.

Le prestazioni verranno registrate ed archiviate anche nel flusso della specialistica ambulatoriale, con la specificazione di “Modalità di accesso” = 1 o 2, paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero, oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero). Deve essere riportato, inoltre, il codice “identificativo di accesso” al Pronto Soccorso.

#### **6.2.2. PAZIENTE INVIATO DIRETTAMENTE AGLI AMBULATORI/REPARTI/SERVIZI**

Il paziente “stabile” che accede al Pronto Soccorso spontaneamente (senza richiesta del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o del medico specialista di visita specialistica o di prestazione diagnostica urgente) e che presenta una sintomatologia specialistica (oculistica, odontoiatrica, otorinolaringoiatrica, ginecologica, ...) può essere inviato direttamente all’ambulatorio specialistico o all’unità operativa senza una valutazione da parte del medico di Pronto Soccorso. In questo caso, l’accesso non determina una presa in carico del paziente da parte del servizio e quindi non viene aperta una “Scheda di Pronto Soccorso”.

In considerazione del fatto che l’ambulatorio di Ortopedia e Traumatologia nell’Ospedale di Bressanone svolge anche la funzione di “pronto soccorso specialistico”, gli invii e gli accessi urgenti all’ambulatorio senza impegnativa devono essere considerati accessi di Pronto Soccorso.

Diversamente, gli accessi all’ambulatorio di pazienti con impegnativa “urgente” non danno luogo ad apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”.

Per gli “invii diretti” agli ambulatori specialistici, il Pronto Soccorso deve fornire al paziente un modulo di richiesta di visita specialistica urgente da presentare all’ambulatorio di invio; in questi casi deve essere prevista da parte del Pronto Soccorso la registrazione dei dati anagrafici dell’utente e la compilazione della variabile “invio diretto”, senza apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”. L’ambulatorio specialistico potrà, così, visualizzare i dati anagrafici del paziente inseriti al momento dell’accesso in Pronto Soccorso. Sarà compito del medico specialista procedere per questi pazienti all’autoprescrizione di un’impegnativa e alla registrazione delle prestazioni nel flusso della specialistica ambulatoriale, con la specificazione del numero di “identificativo accesso” di Pronto Soccorso. Nel caso in cui lo specialista rinvii il paziente in Pronto Soccorso per esami di approfondimento oppure per una rivalutazione del caso, il servizio dovrà prendere in carico il paziente ed aprire una “Scheda di Pronto Soccorso”.

Per questi accessi, le prestazioni verranno registrate ed archiviate nel flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di “Modalità di accesso” = 1 o 2, paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero. Dovrà essere riportato, inoltre, il codice “identificativo di accesso” al Pronto Soccorso.

### 6.3. ACCESSO DI PAZIENTE “STABILE” CON RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il paziente “stabile” che accede al Pronto Soccorso con richiesta del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o del medico specialista di visita specialistica o di prestazione diagnostica di laboratorio o di radiologia urgente (U24h), può seguire due differenti percorsi.

- viene preso in carico dal Pronto Soccorso (triage, eventuale percorso fast-track, ambulatorio cure primarie). Per questi accessi, le prestazioni verranno registrate anche nel flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di “Modalità di accesso = 1 o 2 paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero, oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero), e dovrà essere riportato il numero “identificativo dell’accesso” di Pronto Soccorso. Per le prescrizioni dematerializzate, queste dovranno essere chiuse indicando come modalità di tipologia di erogazione “P = Pronto Soccorso”;
- viene, in genere, inviato direttamente agli ambulatori specialistici, durante l’orario di apertura, senza valutazione del medico di Pronto Soccorso (delibera G.P. n. 965 del 25/06/2012). L’accesso non determina una presa in carico del paziente da parte del servizio e non deve essere aperta una “Scheda di Pronto Soccorso”. Le prestazioni verranno registrate solo nel flusso della specialistica ambulatoriale a cura dell’ambulatorio con la specificazione di “Modalità di accesso = 5 specialistica con impegnativa del MMG/PLS o altro specialista.

### 6.4. ACCESSO PER VISITE DI CONTROLLO E/O PER MEDICAZIONI

Gli accessi successivi in Pronto Soccorso per visite di controllo e/o per medicazioni devono essere considerati “accessi programmati” e, quindi, non determinano una presa in carico del paziente da parte del servizio e non deve essere pertanto aperta una “Scheda di Pronto Soccorso”.

Il paziente potrà usufruire della prestazione di controllo e/o della medicazione solo previa prenotazione avvenuta tramite l’impegnativa rilasciata dal medico di Pronto Soccorso al termine del primo accesso.

Le prestazioni dovranno essere registrate solo attraverso il flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di “Modalità di accesso” = 5 specialistica con impegnativa del MMG/PLS o altro specialista.

*Fig. 1: Tipologie di accesso al Pronto Soccorso e apertura della Scheda di PS*

| TIPOLOGIA DI ACCESSO                                                                                                                                                                                                  | PRESA IN CARICO DEL PS | APERTURA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Accesso di paziente “instabile”                                                                                                                                                                                       | SÌ                     | SÌ                                 |
| Accesso di paziente “stabile” che si presenta spontaneamente e che viene visitato dal medico di Pronto Soccorso o dal medico di turno in Pronto Soccorso, che accede al fast track o all’ambulatorio di cure primarie | SÌ                     | SÌ                                 |
| Accesso di paziente “stabile” che si presenta spon-                                                                                                                                                                   | NO                     | NO                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| taneamente e che viene inviato direttamente agli ambulatori specialistici                                                                                                                                                                              |    |    |
| Accesso di paziente “stabile” che si presenta con impegnativa del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta (U24h) e che viene inviato direttamente agli ambulatori specialistici <i>(durante l'orario di apertura degli ambulatori)</i> | NO | NO |
| Accesso di paziente “stabile” che si presenta con impegnativa del medico di medicina generale (U24h) e che viene visitato dal medico di Pronto Soccorso                                                                                                | Sì | Sì |
| Accesso per visite di controllo e/o medicazioni                                                                                                                                                                                                        | NO | NO |

## 7. CHIUSURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO

La “Scheda di Pronto Soccorso” deve essere chiusa dal Pronto Soccorso dopo la valutazione del caso e dell'erogazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche necessarie al paziente, in tutti i casi in cui vi è stata una presa in carico da parte del servizio indipendentemente dall'invio o meno del paziente all'O.B.I. o ad altre unità operative/servizi esitata con dimissione a domicilio, con ricovero ospedaliero, con trasferimento ad altro istituto oppure con decesso. Si precisa che nel caso di presa in carico del paziente da parte del medico di Pronto Soccorso e successivo invio agli ambulatori per prestazioni specialistiche, sarà compito del medico specialista comunicare l'esito (a domicilio, ricovero, ...) della visita al Pronto Soccorso. Si evidenzia, inoltre, che gli invii diretti agli ambulatori specialistici senza valutazione del medico di Pronto Soccorso o del medico di turno al Pronto Soccorso, non danno luogo ad apertura della “Scheda di Pronto Soccorso”.

## 8. ACCESSI CHE ESITANO IN RICOVERO

Per tutti gli accessi di Pronto Soccorso che esitano in ricovero (nella stessa struttura), indipendentemente dall'invio o meno del paziente in O.B.I. o ad altre unità operative/servizi, deve essere registrato il codice nosografico del paziente nel flusso della specialistica ambulatoriale. Attraverso il collegamento tra le procedure “Scheda di Pronto Soccorso”, “Specialistica Ambulatoriale” e “Schede di Dimissione Ospedaliera”, sarà possibile stabilire il collegamento tra le informazioni relative all'accesso e il successivo iter terapeutico ospedaliero del paziente. In particolare, sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve in Pronto Soccorso sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve intensiva in unità operativa l'inizio del ricovero coincide con l'ora e la data di assegnazione effettiva del posto letto nell'unità operativa di ricovero<sup>2</sup>.

## 9. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET)

Con deliberazione n. 983 del 19/11/2019, la Giunta Provinciale ha emanato disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria del Pronto Soccorso nella Provincia Autonoma di Bolzano, entrate in vigore il 01/12/2019.

La delibera prevede l'applicazione dei seguenti addebiti:

- nessun ticket per gli accessi seguiti da ricovero ospedaliero/decesso del paziente;
- nessun ticket per gli accessi codificati in accesso con codici di priorità verde, giallo, arancione, rosso;
- un ticket pari a 25,00 Euro (12,50 Euro per i figli a carico) per gli accessi in Pronto Soccorso non seguiti da ricovero codificati con codice di priorità blu, salvo esenzioni previste a livello nazionale e provinciale e ulteriori cause di esclusione dalla compartecipazione (minori di 14 anni, traumatismi, avvelenamenti acuti, infortuni sul lavoro e a scuola, accessi inviati dal triagista all'ambulatorio cure primarie, accessi nei casi considerati dal DPCM 24/11/2017 e vittime di violenza).

Laddove il paziente si debba ripresentare al Pronto Soccorso nelle 24 ore successive al primo accesso su specifica richiesta del medico del Pronto Soccorso, la compartecipazione fissa è da applicare limitatamente all'accesso originario.

<sup>2</sup> Deliberazione della G.P. n. 1396 del 01/12/2015 “Aggiornamento delle Linee Guida provinciali per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)”.

Le nuove disposizioni in materia di compartecipazione si applicano anche all'Osservazione Breve Intensiva (Delibera G.P. n. 3610 del 06/10/2008), la cui valorizzazione comprende una quota fissa pari a euro 250,00, a copertura delle spese alberghiere e la somma delle tariffe delle prestazioni erogate come da nomenclatore tariffario provinciale.

## 10. TRASMISSIONE DEI DATI

### 10.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA

Per gestire in maniera soddisfacente la procedura informativa occorre delineare i compiti e le responsabilità del personale coinvolto nella rilevazione. Nella registrazione dei dati relativi alla "Scheda di Pronto Soccorso", vengono coinvolti diversi soggetti:

- le informazioni anagrafiche del paziente possono essere inserite da **personale amministrativo o infermieristico**;
- la registrazione dei dati di triage e di quelli relativi all'accesso deve essere effettuata da **personale sanitario** (adeguatamente istruito);
- le informazioni cliniche (comprese quelle relative agli incidenti) devono essere inserite dal **personale medico** del Pronto Soccorso che si occupa della visita e del trattamento del paziente.

*Ciascun soggetto avrà la responsabilità dell'inserimento dei dati di propria competenza.*

Ogni "Scheda di Pronto Soccorso" dovrà contenere la firma del responsabile del servizio e del medico di Pronto Soccorso che ha trattato il paziente.

Alla Provincia spetta il compito di definire, aggiornare e distribuire:

- le linee guida per la compilazione della "Scheda di Pronto Soccorso";
- i tracciati per lo scambio dei dati;
- le tabelle di dominio (nomenclatore provinciale, codici dei centri di costo, ...).

L'Azienda Sanitaria ha il compito di trasmettere i dati relativi agli accessi di Pronto Soccorso alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. (SIAG), in base alle **"Specifiche tecniche per la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso"**.

La SIAG ha il compito di:

- controllare la qualità dei dati trasmessi;
- assegnare a ciascun assistito il codice identificativo univoco a livello provinciale e per la trasmissione dei dati al Ministero della Salute;
- preparare i tracciati dei dati da trasmettere al Ministero della salute per la Provincia Autonoma di Bolzano;
- rendere disponibili i dati nel Datawarehouse della Provincia Autonoma di Bolzano.

### 10.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia, attraverso SIAG, invia al Ministero della Salute, secondo le modalità e le tempistiche stabilite nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Nazionale (NSIS), le informazioni che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale.

In base all'articolo 5 del Decreto Ministeriale del 17/12/2008, "le informazioni devono essere rilevate al completamento dell'intervento di Emergenza-Urgenza sanitaria e trasmesse al NSIS, con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi". Oltre a questo giorno, la Provincia avrà altri 30 giorni per inviare variazioni, integrazioni e cancellazioni relative all'invio. Una volta inviati i dati di un periodo ed acquisiti definitivamente dal sistema informativo ministeriale, non sarà più possibile inviare a livello provinciale dati per quello stesso periodo.

## 11. TRATTAMENTO DEI DATI

Le modalità e le procedure di sicurezza, previste dal sistema informativo EMUR Pronto Soccorso nell'ambito della trasmissione e del trattamento dei dati, al fine di garantire il rispetto della privacy secondo la normativa vigente, fanno riferimento al "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al decreto legislativo 30/06/2003, n.196 e successive modifiche ed alle disposizioni di cui al decreto legislativo 10/08/2018, n. 101 per l'adeguamento della normativa nazionale

a quanto disposto dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27/04/2016.

## **12. ALLEGATI TECNICI**

Obiettivo di queste Linee Guida è di fornire una descrizione funzionale chiara e consistente del funzionamento del flusso EMUR Pronto Soccorso e dei singoli campi che compongono il tracciato. Informazioni più dettagliate dal punto di vista tecnico, riguardanti le regole funzionali per la corretta valorizzazione dei campi e le modalità di trasferimento delle informazioni che costituiscono il flusso, sono contenute negli allegati tecnici al presente documento. In particolare, gli allegati definiscono i tracciati di invio dei dati tra gli attori coinvolti nel processo, i controlli automatici per la qualità dei dati, le tabelle di dominio e di transcodifica utili per la compilazione di alcuni campi.

