



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Istruzione operativa



G O V E R N O C L I N I C O

attivazione prestazioni specialistiche da pronto soccorso



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Istruzione operativa



G O V E R N O C L I N I C O

attivazione prestazioni specialistiche da pronto soccorso

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria,
politiche sociali e famiglia
Direttore centrale: Adriano Marcolongo
Area servizi assistenza ospedaliera
Direttore: Giuseppe Tonutti

Stesura ed elaborazione del documento:

Calci Mario Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia
Prezza Marisa Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia

Con la collaborazione di:

Barillari Alfredo Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Ospedale di Monfalcone - ASS 2
Bassini Daniele Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Tolmezzo - AAS 3
Battistella Liliana Ostetricia Ospedale di San Daniele del Friuli - AAS 3
Boschian Bailo Pierino Ostetricia e Ginecologia Ospedali di Gorizia e Monfalcone - AAS 2
Buzzi Fulvio Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Ospedale di S. Vito al Tagliamento - AAS 5
Cagnacci Angelo Clinica Ostetricia e Ginecologia - ASUIUD
Casarotto Maria Maddalena Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Pordenone - AAS 5
Chittaro Michele Direttore Sanitario EGAS
Colonna Franco Pediatria Ospedali di S. Vito al Tagliamento e Spilimbergo - AAS 5
Copetti Roberto Pronto Soccorso - ASUIITS
Dragovich Danica Pediatria Ospedali Gorizia e Monfalcone - AAS2
Facchin Stefano Ostetricia e Ginecologia, Ospedali di Palmanova e Latisana - AAS 2
Miani Maria Paola Pediatria Ospedale di San Daniele del Friuli - AAS 3
Moscariello Francesco Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Ospedale di Pordenone - AAS 5
Pillini Pier Paolo Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Ospedale di Tolmezzo - AAS 3
Perini Roberto Pediatria Ospedali di Palmanova e Latisana - AAS 2
Pertoldi Franco Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Ospedale di San Daniele del Friuli - AAS 3
Rocco Chiara Pronto Soccorso e osservazione Breve Intensiva - AAS 3
Sacher Bruno Pediatria Ospedale di San Daniele del Friuli - AAS 3
Sbrojavacca Rodolfo Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - ASUIUD
Strizzolo Luciano Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Ospedali di Palmanova a Latisana - AAS 2
Vanin Michele Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Tolmezzo - AAS 3

Documento condiviso e approvato da:

Comitato Regionale Emergenza Urgenza (seduta del 6 giugno 2017)
Direttori Sanitari degli Enti del SSR (seduta del 7 luglio 2017)
Giuseppe Tonutti - Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia

Pubblicazione: agosto 2017

INDICE

PREMESSA	pag. 3
1. SCOPO	pag. 3
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO	pag. 3
3. ATTIVAZIONE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DA PRONTO SOCCORSO (PS)	pag. 4
3.1 Il Percorso breve	pag. 4
▪ Matrice attività e responsabilità - Percorso Breve	pag. 5
▪ Flow Chart - Percorso Breve	pag. 5
3.2 Consulenza specialistica urgente richiesta dal medico di PS	pag. 6
3.2.1 Consulenza specialistica urgente con rivalutazione del paziente in PS	pag. 6
3.2.2 Consulenza specialistica urgente senza rivalutazione del paziente in PS	pag. 6
▪ Matrice attività e responsabilità - Consulenza specialistica urgente richiesta dal medico di PS	pag. 7
▪ Flow Chart - Consulenza specialistica urgente richiesta dal medico di PS	pag. 7
3.3 Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale	pag. 8
3.3.1 Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale in assenza di situazioni di instabilità clinica	pag. 8
3.3.2 Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale in presenza di situazioni di instabilità clinica	pag. 8
▪ Matrice attività e responsabilità - Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale	pag. 8
▪ Flow Chart - Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale	pag. 9
3.4 Visita Ostetrico/Ginecologica urgente	pag. 10
3.4.1 Visita ostetrico/ginecologica urgente da PS	pag. 10
3.4.2 Visita ostetrico/ginecologica urgente con accesso diretto	pag. 10
3.4.3 Osservazione Breve Intensiva in Ostetricia e Ginecologia	pag. 10
3.5 Visita Pediatrica urgente	pag. 11
3.5.1 Visita Pediatrica urgente con accesso diretto senza prescrizione/ricetta del curante	pag. 11
3.5.2 Visita Pediatrica urgente con accesso diretto e con prescrizione/ricetta del curante	pag. 11
3.5.3 Osservazione Breve Intensiva in Pediatria	pag. 11
4. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI	pag. 12

PREMESSA

Il sistema sanitario regionale (SSR), secondo quanto recitato dall'articolo 2 della legge regionale 11 novembre 2013, n. 17, si pone le finalità di "perseguire l'erogazione delle prestazioni essenziali tramite un Servizio sanitario regionale ad accesso universale; perseguire l'appropriata integrazione tra l'ospedale, l'assistenza primaria e quella territoriale; favorire l'omogenea offerta di servizi sul territorio regionale nonché l'uniformità dei livelli di assistenza, anche perseguendo l'omogeneità organizzativa." In questo contesto appare cruciale la riorganizzazione dei servizi territoriali, che in prospettiva sono chiamati, attraverso le diverse strutture organizzative, a garantire il soddisfacimento di una parte rilevante dei bisogni di salute dei cittadini, riservando alle strutture ospedaliere la gestione delle situazioni non gestibili sul territorio.

Il Pronto Soccorso (PS), per le sue caratteristiche di apertura h24 e disponibilità di risorse e competenze rappresenta, soprattutto in questo momento di evoluzione del sistema, uno snodo cruciale che contribuisce, in stretta collaborazione con le altre strutture del SSR, a garantire qualità, appropriatezza, uniformità, equità e sicurezza delle cure attraverso l'attenta valutazione del paziente e la identificazione delle migliore soluzione ai suoi bisogni di salute sia in termini clinici che assistenziali ed organizzativi.

Nel corso degli ultimi anni l'evoluzione dell'epidemiologia caratterizzata dall'aumentata sopravvivenza di pazienti con multiple complessità, accanto alla non ancora completa maturazione del sistema sanitario territoriale, e la conseguente ricerca da parte dei pazienti di risposte immediate a problemi percepiti come urgenti, ha comportato un sovraffollamento dei PS, con allungamento dei tempi di attesa e di gestione.

L'accesso del paziente al PS può avvenire sia per invio da parte del medico di medicina generale (MMG) che ha valutato il paziente, sia per accesso diretto. Sulla base della tipologia e gravità del problema clinico può essere necessaria, nell'ambito dell'attività diagnostica e terapeutica del PS, l'esecuzione di prestazioni specialistiche urgenti. La prestazione specialistica erogata in regime di urgenza a seguito dell'accesso in PS, anche quando differita per motivi organizzativi, è parte integrante del processo clinico-assistenziale del paziente.

Al fine di fornire la migliore risposta clinica al paziente e ridurre i "tempi morti" non funzionali alla cura, si rende necessario ottimizzare i percorsi clinici ed amministrativi.

1. SCOPO

Scopo del presente documento è definire le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni specialistiche attivate dal Pronto Soccorso, sia tramite l'invio diretto del paziente da parte dell'infermiere di triage (*Percorso breve*), sia dopo visita del medico di PS (*Consulenza di PS*), nonché le modalità di erogazione delle visite pediatriche ed ostetrico/ginecologiche con accesso diretto.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

I servizi di PS dei presidi ospedalieri regionali, come definito nel "Piano dell'emergenza urgenza della regione Friuli Venezia Giulia" sono deputati a garantire le seguenti prestazioni sanitarie:

- *primo e rapido inquadramento diagnostico orientato alla identificazione delle condizioni cliniche che comportano rischio per la vita o per la funzione d'organo;*
- *primi interventi terapeutici mirati in particolare alla stabilizzazione delle funzioni vitali;*
- *attivazione dei percorsi clinico-assistenziali intraospedalieri o territoriali con coinvolgimento degli specialisti o delle competenze appropriate, in base alla tipologia ed alla severità del quadro clinico.*

L'allungamento dei tempi di attesa, conseguente alla sempre maggior richiesta di prestazioni da parte dei cittadini, rende necessaria l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali, evitando obblighi amministrativi ridondanti e non finalizzati all'erogazione di ulteriori prestazioni al paziente. Le situazioni per le quali è opportuno ottimizzare i percorsi, oggetto del presente documento, sono:

1. Pazienti per i quali già al momento del Triage è possibile definire percorsi appropriati alla gestione di problemi a bassa complessità clinica e di pertinenza mono-specialistica.

In conformità a quanto previsto nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, nel quale si indica di "realizzare all'interno di PS e DEA percorsi separati clinico organizzativi dei pazienti ... anche con l'invio di questi ultimi a team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità", per una certa quota di pazienti è possibile l'invio al team sanitario specialistico tramite i "**Percorsi brevi**" attivabili dall'infermiere di

Triage senza valutazione del paziente da parte del medico di PS, sulla base di specifici protocolli concordati con gli specialisti a livello locale.

2. Pazienti inviati a consulenza specialistica dopo valutazione del medico di PS, che non necessitano di ulteriore rivalutazione in PS.
3. Pazienti che necessitano di consulenze specialistiche urgenti per specialità non disponibili nel PS di primo accoglimento.

Nel caso in cui un paziente si presenti presso il PS con richiesta di visita urgente (ricetta rossa) per valutazione specialistica, valgono le indicazioni elaborate a livello locale.

3. ATTIVAZIONE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DA PRONTO SOCCORSO

In relazione alle condizioni del paziente ed all'organizzazione locale, in PS le prestazioni specialistiche possono essere garantite con tre diverse modalità:

- percorso breve;
- consulenza specialistica urgente richiesta dal medico di PS;
- consulenza specialistica urgente presso altro ospedale.

3.1 Il Percorso Breve

E' un modello di risposta assistenziale ed organizzativa alle urgenze codificate come minori in fase di Triage, di pertinenza mono specialistica, gestibili nell'ambito del presidio ospedaliero di arrivo del paziente. L'attivazione del "percorso breve" viene effettuata dall'infermiere di Triage sulla base di specifici protocolli prodotti e validati localmente, che permettano di escludere situazioni di rischio per il paziente. Non sono prevedibili percorsi brevi per sintomi o quadri clinici complessi (per es. cardiopalmo, dispnea, dolore toracico, dolore addominale, traumatismi gravi) nei quali la valutazione complessiva e l'eventuale indirizzamento alla singola competenza specialistica è di pertinenza del medico di Pronto Soccorso.

Il "percorso breve" può prevedere la dimissione diretta del paziente da parte dello specialista quando il problema clinico sia risolvibile direttamente dallo stesso. Diversamente, qualora nell'ambito della visita venga rilevata l'eventuale presenza di situazioni cliniche od organizzative non risolvibili, il professionista rinvia il paziente al medico del PS per la presa in carico clinico-assistenziale.

Il tempo globale di gestione del paziente in PS viene calcolato dal momento dell'accesso al Triage al momento della chiusura della consulenza specialistica.

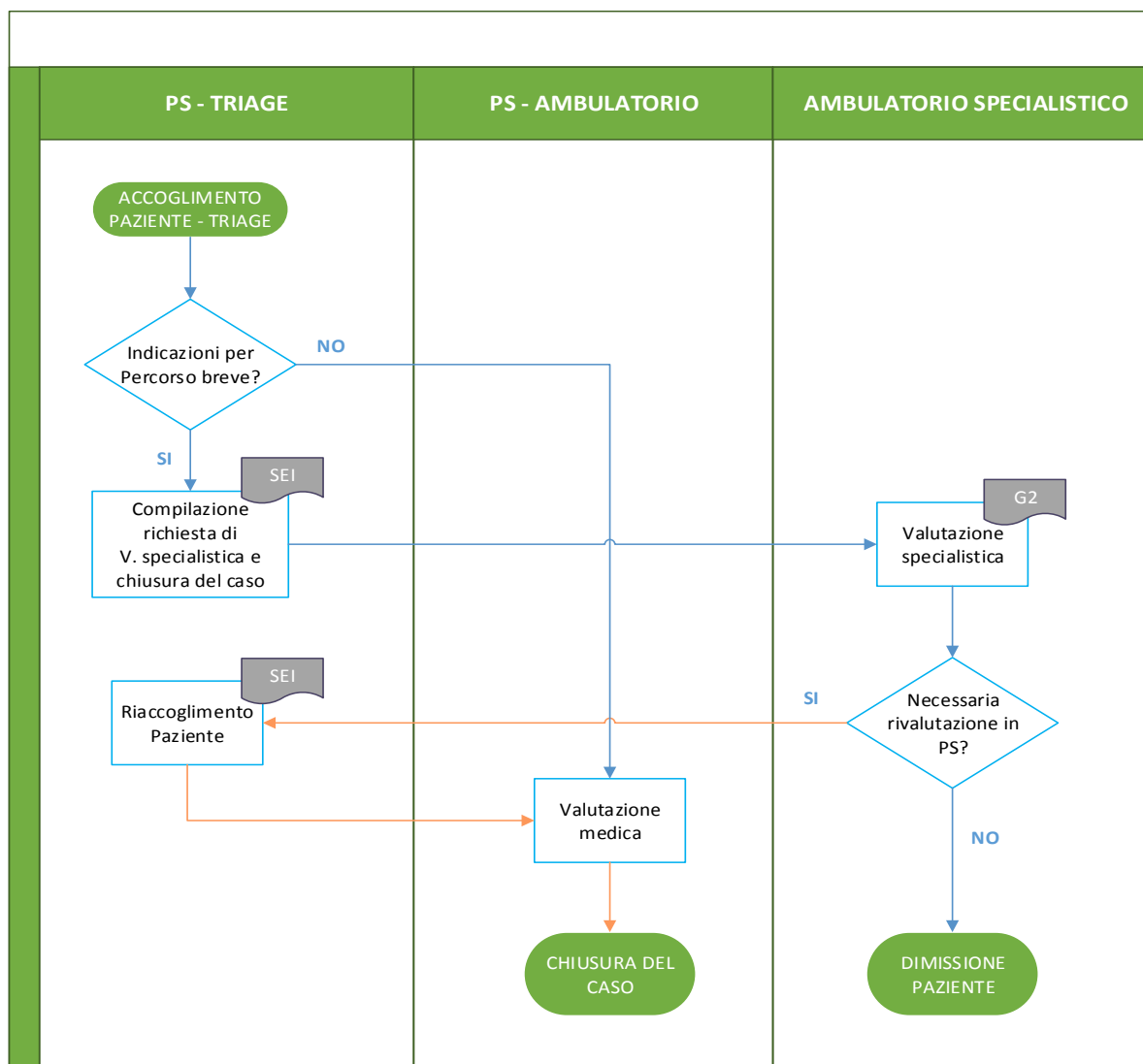
Il "percorso breve" è attivabile solo in presenza dell'ambulatorio specialistico presso lo stesso presidio ospedaliero di arrivo del paziente e se l'attività dell'ambulatorio specialistico è contemporanea o differita di non più di 3 ore.

Non sono quindi possibili "percorsi brevi" con invio del paziente a visita specialistica presso altro presidio ospedaliero.

▪ Matrice attività e responsabilità – Percorso Breve

ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	STRUMENTI
<ul style="list-style-type: none"> - Accogliere il paziente e attribuire il codice di Triage - Valutare l'appropriatezza del percorso breve sulla base dei protocolli locali - Predisporre la richiesta di consulenza - Effettuare la chiusura informatica del caso e consegnare la documentazione al paziente - Inviare il paziente a visita specialistica 	Infermiere di Triage	Programma SEI
<ul style="list-style-type: none"> - Effettuare la visita specialistica al paziente - Compilare il referto in base alla situazione clinica rilevata, e procedere a: <ol style="list-style-type: none"> 1. dimettere il paziente al domicilio consegnandogli la documentazione clinica completa (referto, eventuali ricette/prescrizioni, certificati) qualora il problema clinico-assistenziale sia direttamente risolvibile. <p>Oppure</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. rinviare il paziente al medico di PS, qualora si riscontri la necessità di ulteriori valutazioni/prestazioni cliniche e/o amministrative. 	Medico specialista	Programma G2
<ul style="list-style-type: none"> - Accogliere il paziente rinviato dallo specialista riaprendo lo stesso episodio di PS precedentemente chiuso - Informare il medico 	Infermiere di Triage	Programma SEI
<ul style="list-style-type: none"> - Valutare il paziente ed impostare il percorso clinico successivo (ulteriori accertamenti/terapie) - Chiudere il caso 	Medico di PS	Programma SEI

▪ Flow Chart – Percorso Breve



3.2 Consulenza specialistica urgente richiesta dal medico di PS

Il medico di PS, dopo la visita del paziente, può ravvisare la necessità di richiedere una visita specialistica urgente per:

- migliore definizione del quadro clinico – (richiesta di *Consulenza specialistica urgente con rivalutazione del paziente in PS*);
- necessità di trattamento definitivo del problema clinico – (richiesta di *Consulenza specialistica urgente senza rivalutazione del paziente in PS*).

La consulenza può essere effettuata presso un ospedale diverso da quello richiedente qualora le prestazioni specialistiche non siano presenti o effettuabili nella struttura di arrivo del paziente ([v. capitolo 3.3](#))

Le modalità di gestione delle diverse tipologie di consulenza sono di seguito riportate.

3.2.1 Consulenza specialistica urgente con rivalutazione del paziente in PS

Il paziente dopo l'effettuazione della consulenza specialistica rientra in PS dove viene completato l'iter diagnostico e terapeutico e viene chiuso il caso.

3.2.2. Consulenza specialistica urgente senza rivalutazione del paziente in PS

La consulenza specialistica urgente senza rivalutazione del paziente in PS è utilizzabile esclusivamente per problematiche di pertinenza monospecialistica, sottoposte a valutazione dal medico di PS che ha escluso la presenza di ulteriori elementi clinici di complessità, ed in assenza di situazioni di instabilità attive o potenziali. La sua attivazione non è prevedibile per sintomi o quadri clinici complessi (per es. cardiopalmo, dispnea, dolore toracico, dolore addominale, traumatismi gravi) nei quali la valutazione complessiva e l'indirizzamento finale del paziente è di pertinenza del medico di Pronto Soccorso.

Il medico che prescrive la consulenza specialistica urgente chiude il caso di PS e invia il paziente alla visita. Tale consulenza può essere effettuata:

- immediatamente se l'ambulatorio specialistico è aperto al momento della richiesta;
- in un tempo successivo (entro le 48 ore) se l'ambulatorio specialistico è chiuso al momento della richiesta ed il medico di PS ritiene l'attesa compatibile con le condizioni cliniche del paziente. La consulenza può essere richiesta ed effettuata anche presso un ospedale diverso da quello di arrivo del paziente.

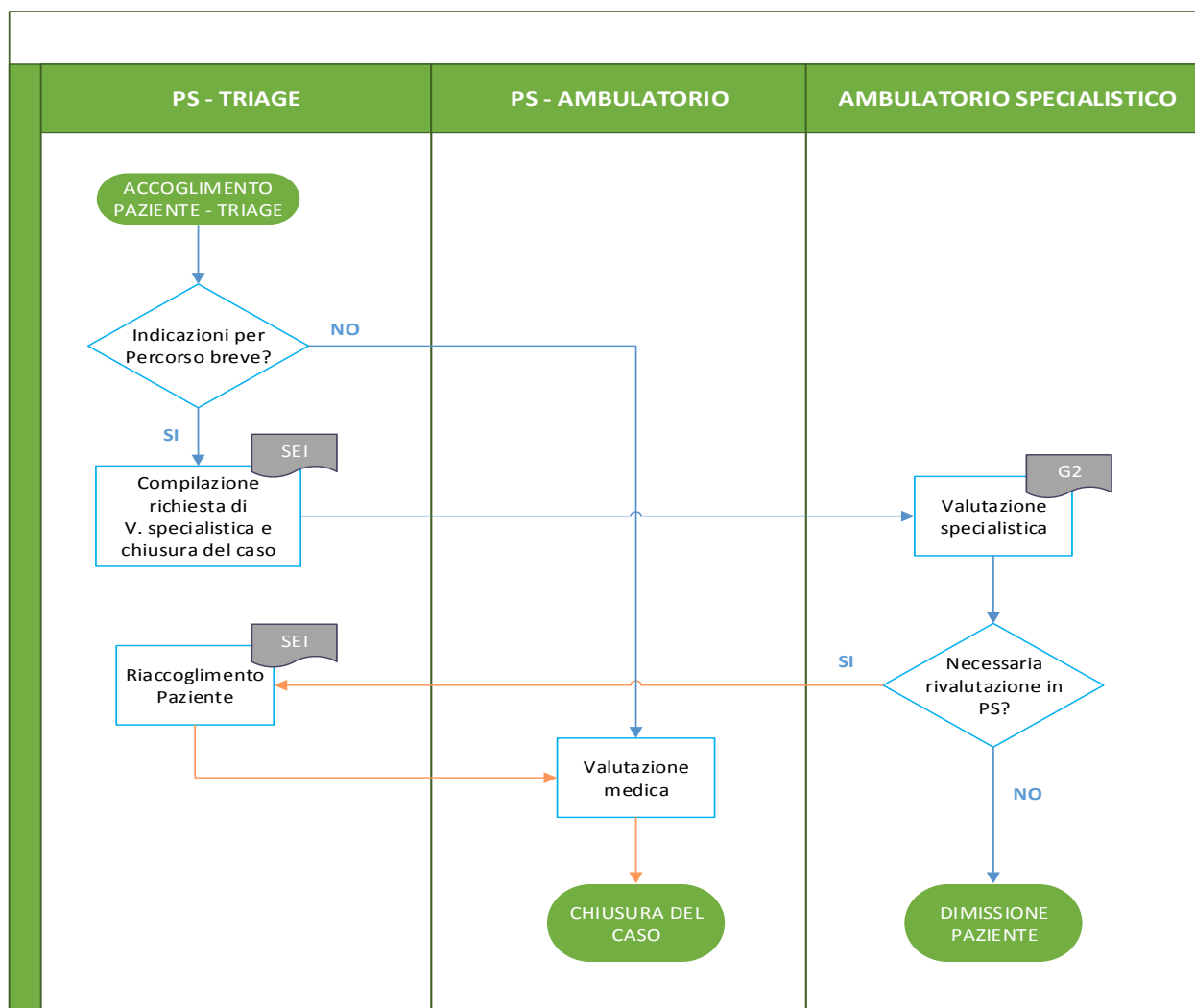
Lo specialista, una volta effettuata la consulenza, se ritiene risolto il problema clinico consegna al paziente la documentazione clinica completa (referto, eventuali ricette/prescrizioni, certificati), gli fornisce le indicazioni del caso per la gestione successiva e lo dimette direttamente inviandolo al proprio domicilio; se invece ritiene necessari ulteriori accertamenti clinici o adempimenti amministrativi in carico al PS, informa il paziente e lo rinvia al PS stesso. In PS viene riaperto lo stesso caso se il paziente si ripresenta entro 3 ore dalla precedente chiusura; se invece il rientro avviene oltre le 3 ore viene aperto un nuovo episodio di PS con la motivazione: "*completamento prestazioni*".

Il tempo globale della prestazione viene calcolato dal momento dell'accesso al Triage in PS, al momento della chiusura della consulenza specialistica. Dal calcolo viene sottratto il tempo che intercorre tra la chiusura del caso in PS e l'accettazione amministrativa presso l'ambulatorio specialistico; in caso di rientro del paziente in PS dopo visita specialistica, viene sottratto anche il tempo che intercorre tra valutazione specialistica e riapertura del caso in PS.

▪ **Matrice attività e responsabilità - Consulenza specialistica urgente richiesta dal medico di PS**

ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	STRUMENTI
<ul style="list-style-type: none"> - Accogliere il paziente e attribuire il codice di Triage - Escludere indicazione al percorso breve sulla base dei protocolli locali - Avviare il paziente a visita medica 	Infermiere di Triage	Programma SEI
<ul style="list-style-type: none"> - Valutare il paziente - Predisporre la richiesta di consulenza - Definire la diagnosi presuntiva di dimissione - Chiudere il caso di PS 	Medico di PS	Programma SEI
<ul style="list-style-type: none"> - Effettuare la visita specialistica, in base alla situazione clinica rilevata, compilare referto e: <ol style="list-style-type: none"> 1. dimettere il paziente al domicilio consegnandogli la documentazione clinica completa (referto, eventuali ricette/prescrizioni, certificati) qualora il problema clinico-assistenziale sia direttamente risolvibile oppure <ol style="list-style-type: none"> 2. rinviare il paziente al PS, se necessità di ulteriori valutazioni/attività cliniche e amministrative 	Medico specialista	Programma G2
<ul style="list-style-type: none"> - Riaprire l'episodio di PS (se entro 3 ore dalla chiusura) o aprire nuovo episodio di PS con motivazione "Completamento prestazioni" (se oltre 3 ore) - Avisare il medico 	Infermiere di Triage	Programma SEI
<ul style="list-style-type: none"> - Valutare il paziente ed impostare il percorso clinico successivo (ulteriori accertamenti-terapie) - Chiudere il caso 	Medico di PS	Programma SEI

▪ **Flow Chart - Consulenza specialistica urgente richiesta dal medico di PS**



3.3 Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale

Il medico di PS che valuta un paziente può riscontrare la necessità di ricorrere alla consulenza specialistica urgente presso altro ospedale; il quadro clinico può essere caratterizzato da due condizioni particolari:

- assenza di situazioni di instabilità clinica (attive o potenziali)
- presenza di situazioni di instabilità clinica (attive o potenziali)

3.3.1 Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale in assenza di situazioni di instabilità clinica

In assenza di situazioni di instabilità clinica (attive o potenziali) il medico di PS contatta lo specialista e concorda orario e modalità della visita. Inoltre valuta se il paziente può recarsi alla visita con i propri mezzi o se sia necessario un trasporto protetto.

Se il paziente può recarsi con i propri mezzi presso la struttura e lo specialista identificati, il medico di PS chiude il caso. Lo specialista dell'ospedale ricevente valuta il paziente e, in base alla situazione clinica, gestisce ulteriori eventuali indagini ritenute necessarie per l'inquadramento clinico-diagnostico del caso.

Se il paziente viene inviato con trasporto protetto gli operatori che l'accompagnano attendono l'esito della consulenza e riprendono in carico il paziente. Lo specialista ricevente dà priorità alla consulenza della struttura Spoke; nel caso di impossibilità ad effettuare nell'immediato la consulenza la struttura ricevente si fa carico della gestione del paziente fino alla conclusione della consulenza, liberando il personale della struttura Spoke che aveva accompagnato il paziente. L'eventuale rientro all'ospedale inviante è a carico dello stesso.

3.3.2 Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale in presenza di situazioni di instabilità clinica

In presenza di situazioni di instabilità clinica attive o potenziali che richiedono valutazione ed eventuale trattamento specialistico urgente presso altro ospedale, il medico di PS contatta lo specialista ed il medico di PS dell'ospedale di destinazione ed invia il paziente presso quest'ultimo per la presa in carico e la successiva gestione clinica-assistenziale (vedi matrice delle responsabilità e diagramma di flusso).

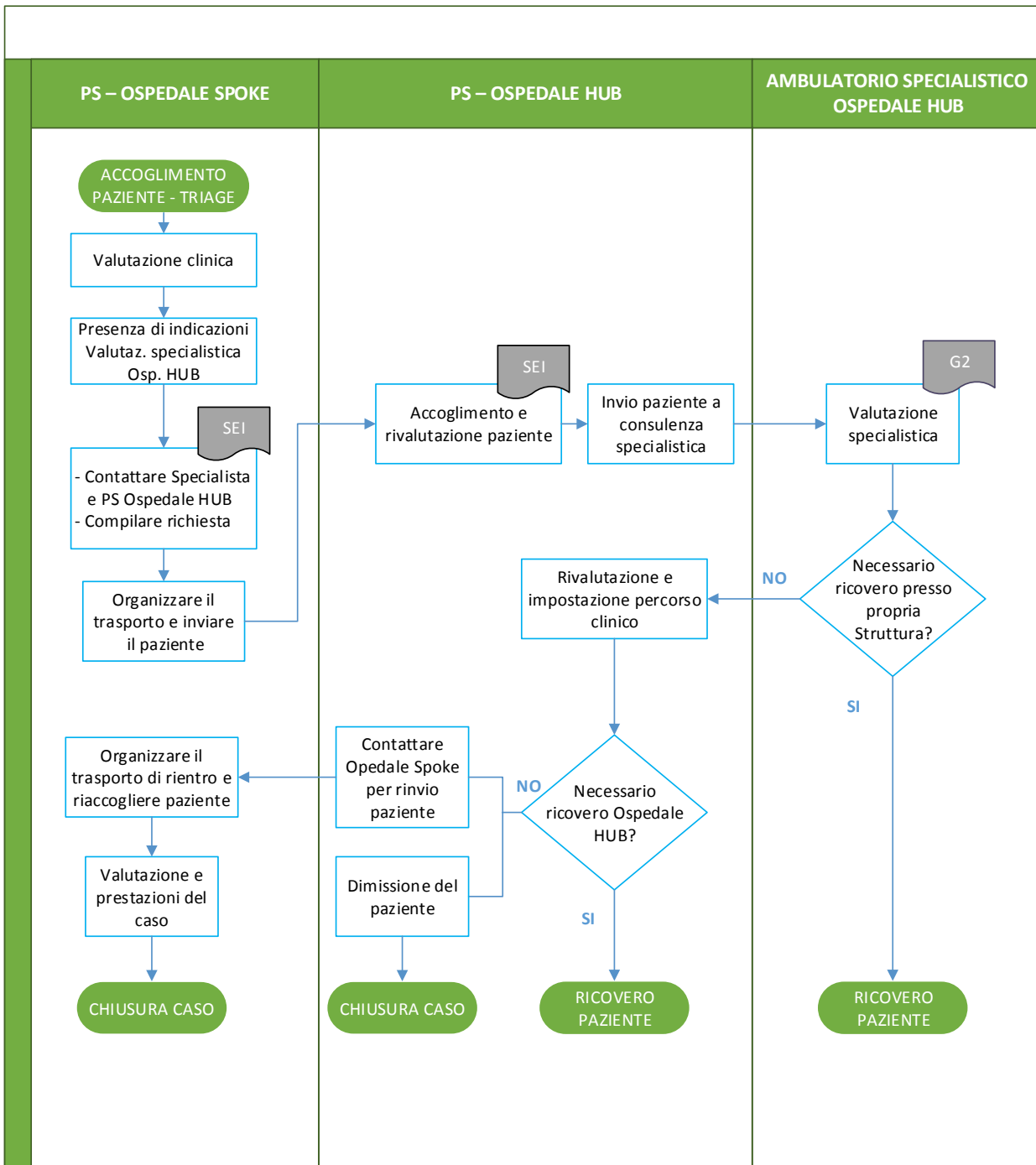
Qualora la necessità del trasferimento ad altra struttura sia individuata dallo specialista dell'ospedale Spoke, e riguardi la sua competenza, lo stesso si fa carico del contatto con lo specialista dell'ospedale Hub e riaffida il paziente al PS per gli ulteriori contatti e per l'organizzazione del trasporto.

▪ *Matrice attività e responsabilità - Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale*

ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	STRUMENTI
Struttura richiedente - Valutare il paziente e contattare lo specialista dell'ospedale Hub	Medico di PS o Specialista	
- Contattare il Pronto Soccorso presso l'ospedale Hub - Attivare la funzione trasferimento sul programma SEI - Predisporre/organizzare il trasporto protetto del paziente all'ospedale Hub	Medico e Infermiere di PS	Programma SEI
Struttura ricevente - Accogliere e prendere in carico il paziente - Attivare la consulenza Specialistica	Infermiere di Triage e medico di PS	Programma SEI
- Valutare il paziente e, in base alla situazione clinica, definire il successivo percorso clinico che può essere: <ol style="list-style-type: none"> 1. ricovero presso la propria SOC oppure <ol style="list-style-type: none"> 2. riaffido del paziente al PS della struttura HUB per completare la gestione del caso 	Medico specialista	
- Rivalutare il paziente dopo la conclusione della visita specialistica e <ol style="list-style-type: none"> 1. Impostare il percorso clinico successivo (dimissione, ulteriori accertamenti, ricovero, ...) oppure <ol style="list-style-type: none"> 2. Rinviare il paziente al PS Spoke* attivando la funzione trasferimento sul programma SEI 	Medico di PS	Programma SEI
Struttura richiedente - Riaccogliere il paziente - Riaprire il caso e concludere l'iter	Medico di PS	Programma SEI

* Nel caso di rientro del paziente con trasporto protetto il PS Spoke si fa carico dell'attivazione e gestione dello stesso.

▪ Flow Chart - Consulenza specialistica urgente presso altro Ospedale



3.4 Visita Ostetrico/Ginecologica urgente

3.4.1 Visita ostetrico/ginecologica urgente da PS

Tale modalità prevede l'accesso diretto della paziente al PS, **senza ricetta rossa del curante**; la paziente viene accolta e valutata al Triage del PS, in base all'esito del triage i percorsi attivabili sono:

1. se codice bianco o verde la paziente viene inviata a visita presso la Struttura di Ostetricia e Ginecologia ed il caso viene chiuso in PS con esito "Percorso breve";
2. se codice giallo o rosso la paziente viene presa in carico e gestita dal PS.

3.4.2 Visita ostetrico/ginecologica urgente con accesso diretto

La paziente **in possesso di ricetta rossa urgente del curante**, che si presenta al PS viene inviata direttamente al reparto di Ostetricia e Ginecologia e gestita, per la parte amministrativa, su G2 dal ginecologo senza coinvolgimento del PS. Qualora la Struttura di Ostetricia e Ginecologia non sia operativa h24 o non sia presente nell'ospedale sede di PS, le modalità di accesso possono essere diverse:

- **In orario di apertura della Ostetricia e Ginecologia** la paziente viene inviata direttamente presso la struttura e gestita su G2 dal ginecologo senza coinvolgimento del PS;
- **In orario di non operatività della Ostetricia e Ginecologia o in assenza della struttura** la paziente viene sempre accolta al Triage del Pronto Soccorso e presa in carico dal PS. Il medico di PS che visita la paziente valuta l'opzione più appropriata:
 - dimissione al domicilio;
 - invio a visita ostetrico-ginecologica presso l'ospedale più vicino con mezzi della paziente;
 - invio a visita ostetrico-ginecologica presso l'ospedale più vicino con trasporto protetto (non è previsto il ricovero presso altra sede senza preventiva valutazione del medico ostetrico-ginecologo);

3.4.3 Osservazione Breve Intensiva in Ostetricia e Ginecologia

Qualora la paziente non possa essere dimessa dopo la visita specialistica ma necessiti di ulteriore valutazione o terapia e non sussistano i criteri per un ricovero può essere attivata l'*Osservazione Breve Intensiva (OBI)* nell'ambito del reparto di Ostetricia e Ginecologia. Tale modalità viene gestita su G2, con prestazione indipendente da quella del PS.

Nel caso di paziente in OBI a seguito di visita con ricetta rossa o di invio da PS con esito "Percorso breve" non è necessaria alcuna comunicazione al PS. Se la paziente viene trattenuta in OBI dopo apertura del caso in PS (codice di Triage giallo e rosso), il PS deve essere avvisato e provvede a chiudere il caso con esito "Invio allo specialista".

In caso di ricovero della paziente successivo a consulenza specialistica o OBI che derivano da una precedente valutazione di PS (sia come Percorso breve che come consulenza richiesta dal medico), è necessario che tale ricovero sia generato dal programma SEI (eventualmente tramite riapertura dell'episodio che ha generato il percorso).

3.5 Visita Pediatrica urgente

3.5.1 Visita pediatrica urgente con accesso diretto senza prescrizione/ricetta del curante

L'accesso diretto del paziente al PS Pediatrico **senza ricetta rossa del curante** è possibile solo per le strutture ospedaliere ove è garantita la funzione di PS Pediatrico (Azienda Sanitaria Universitaria integrata di Udine, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e Ospedale di Pordenone).

Nelle strutture ospedaliere in cui non è presente la funzione di PS Pediatrico ma è attiva una struttura di Pediatria il paziente viene accolto e valutato al Triage del Pronto Soccorso generale; in base all'esito del Triage i percorsi attivabili sono:

1. Se codice bianco o verde il paziente viene inviato a visita presso la Pediatria ed il caso viene chiuso con esito "*Percorso breve*";
2. Se codice giallo o rosso il paziente viene preso in carico e gestito dal PS.

3.5.2 Visita pediatrica urgente con accesso diretto con prescrizione/ricetta del curante

Il paziente **in possesso di ricetta rossa urgente** del Pediatra di libera scelta (PLS), che si presenta al PS, viene valutato in PS negli ospedali provvisti di PS pediatrico; viene inviato al reparto di Pediatria e gestito su G2 dal pediatra senza coinvolgimento del PS negli ospedali sprovvisti di PS pediatrico.

Qualora la SOC Pediatria non sia operativa h24 o non sia presente nell'ospedale sede di PS, le modalità di accesso possono essere diverse:

- **In orario di apertura della Pediatria** il paziente viene inviato direttamente al reparto di Pediatria e gestito su G2 dal pediatra senza coinvolgimento del PS
- **In orario di non operatività della Pediatria o in assenza della struttura** il paziente viene sempre accolto al Triage del Pronto Soccorso e preso in carico dal PS. Il medico di PS che visita il paziente valuta l'opzione più appropriata:
 - dimissione al domicilio;
 - invio a visita pediatrica presso l'ospedale più vicino con mezzi del paziente;
 - invio a visita pediatrica presso l'ospedale più vicino con trasporto protetto (non è previsto il ricovero presso altra sede senza preventiva valutazione del medico Pediatra).

3.5.3 Osservazione Breve Intensiva in Pediatria

Qualora il paziente non possa essere dimesso dopo la visita specialistica ma necessiti di ulteriore valutazione o terapia e non sussistano i criteri per un ricovero può essere attivata l'OBI nell'ambito del reparto di Pediatria, tale modalità viene gestita su G2, con prestazione indipendente da quella del PS.

Nel caso di paziente in OBI, a seguito di visita con ricetta rossa o di invio da PS con esito "*percorso breve*" non è necessaria alcuna comunicazione al PS. Se il paziente viene trattenuto in OBI dopo apertura del caso in PS (codice di Triage giallo e rosso) quest'ultimo provvede a chiudere il caso con esito "*Invio allo specialista*".

In caso di ricovero del paziente successivo a consulenza specialistica o OBI che derivano da una precedente valutazione di PS (sia come Percorso breve che come consulenza richiesta dal medico), è necessario che tale ricovero sia generato dal programma SEI (eventualmente tramite riapertura dell'episodio che ha generato il percorso).

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

- Accordo Stato – Regioni 7 febbraio 2013 *“Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”*.
- Legge regionale 11 novembre 2013, n. 17 *“Finalità e principi per il riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regio”*
- DGR FVG n. 2034 del 16 ottobre 2015 *“Organizzazione e regole per l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per a gestione dei tempi di attesa”*.
- DGR FVG n. 2039 del 16 ottobre 2015 *“LR 17/2014, Art. 37 – Piano dell’emergenza urgenza della regione Friuli Venezia Giulia: approvazione definitiva”*.

