

REGIONE PIEMONTE

LINEE DI INDIRIZZO PER IL TRIAGE

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	2
2. ASPETTI GENERALI.....	2
3. OBIETTIVI.....	2
4. MODELLO DI RIFERIMENTO.....	3
5. IL SISTEMA DI CODIFICA.....	3
6. RIVALUTAZIONE.....	6
7. PRONTO SOCCORSO SPECIALISTICO.....	7
8. FRAGILITA'.....	8
9. ATTIVITÀ SVOLTE IN TRIAGE.....	9
10. PROTOCOLLI.....	10
11. SCHEDA DI TRIAGE.....	11
12. RISORSE.....	12
Strutturali & tecnologiche.....	12
Risorse umane.....	13
13. FORMAZIONE.....	13
Prerequisiti.....	14
A. Formazione propedeutica.....	14
B. Formazione al triage.....	14
C. Formazione permanente.....	16
14. ADEGUAMENTO AL SISTEMA EMUR E DISPOSIZIONI REGIONALI.....	16
Sistema EMUR.....	16
Dati da rilevare nel sistema EMUR - tempi.....	16
Dati da rilevare nel sistema EMUR – codice d’uscita.....	17
15. SISTEMA DI VERIFICA E QUALITÀ.....	18
16. CONCLUSIONI.....	21
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	22

1. INTRODUZIONE

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione dei segni e sintomi, dei parametri vitali rilevati e del rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento sulla base dei protocolli di valutazione. La funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce/razionalizza a favore di chi ha necessità di interventi urgenti

2. ASPETTI GENERALI

La funzione di triage deve essere attiva presso tutte le strutture di pronto soccorso della Regione Piemonte che ne garantiscono lo svolgimento continuativo nelle 24 ore o per tutto il periodo di apertura del servizio. Nei Pronto Soccorsi con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno il triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva. Nelle strutture con meno di 25.000 accessi anno è possibile prevedere l'attribuzione della funzione di triage ad un infermiere dedicato anche ad altre attività all'interno del PS, purché venga garantito il rispetto dei criteri previsti nel presente documento e nelle altre disposizioni di legge.

Il triage in pronto soccorso viene svolto da infermieri appartenenti all'organico del Pronto Soccorso formati secondo gli standard regionali ed in possesso di tutti i requisiti previsti dalle disposizioni nazionali vigenti.

Ogni pronto soccorso deve sviluppare uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di triage garantendo il rispetto dei criteri regionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine è raccomandata presso ogni realtà operativa o a livello aziendale l'attivazione di un **gruppo permanente multiprofessionale** per l'attività di triage, (medici ed infermieri esperti operanti in PS, inclusi pediatri ed infermieri pediatrici ed eventualmente ostetriche, responsabili medici ed infermieristici del servizio) che elabora ed implementa strategie di miglioramento, definisce e conduce l'attività di monitoraggio e verifica dell'attività locale.

E' indispensabile una formazione condivisa del personale medico operante in PS per la corretta conoscenza del sistema di triage, dei protocolli in uso e del conseguente corretto funzionamento dell'attività lavorativa.

E' raccomandata anche ai medici la partecipazione a specifico corso formativo che dovrebbe far parte del bagaglio culturale del medico operante in PS.

3. OBIETTIVI

Gli obiettivi fondamentali del triage in pronto soccorso sono:

a. Identificare rapidamente le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo inoltro al trattamento.

- b. Attribuire a tutti gli utenti un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo.
- c. Stabilire, per tutti gli utenti, la sede più adeguata per il trattamento, anche attivando, ove previsto, specifici percorsi di trattamenti e fast track.
- d. Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni.
- e. Gestire l'informazione e la presa in carico di utenti e loro familiari riducendo l'ansia e garantendone una adeguata e costante presa in carico.

4. MODELLO DI RIFERIMENTO

I sistemi di triage implementati nelle realtà piemontesi si devono ispirare al modello del "Triage Globale" fondato su un approccio olistico alla persona ed ai suoi familiari, che realizza la valutazione infermieristica in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all'effettiva disponibilità di risorse della struttura.

Presupposti fondamentali di questo modello di triage sono:

- a.** Realizzare l'effettiva presa in carico della persona dal momento in cui essa si rivolge alla struttura;
- b.** Assicurare la valutazione professionale di personale Infermieristico adeguatamente formato;
- c.** Garantire l'assegnazione del codice di priorità in considerazione di tutti i problemi di salute del paziente, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- d.** Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- e.** Disporre di un sistema documentale adeguato (protocolli e scheda di triage)

Il processo di triage, metodologicamente, si deve articolare in quattro fasi:

1. *Valutazione sulla porta*: rapida osservazione dell'aspetto generale dell'utente con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
2. Raccolta dati: si compone: della *valutazione soggettiva*, effettuata essenzialmente attraverso l'intervista, e della *valutazione oggettiva*, la quale consiste nella rilevazione dei segni e dei sintomi e nell'analisi della documentazione clinica ove disponibile.
3. *Decisione di triage*: si concretizza con l'assegnazione del codice di priorità.
4. *Rivalutazione*: è necessaria per cogliere tempestivamente eventuali evoluzioni delle condizioni degli utenti in attesa. Può confermare o variare il codice di priorità assegnato.

5. IL SISTEMA DI CODIFICA

Nel rispetto della normativa nazionale, il sistema di codifica del codice di priorità in triage si deve articolare su **cinque tipologie di codice**:

Codice		Denominazione	Definizione	Standard tempo massimo di attesa per l'accesso al trattamento
numero	colore			
1	rosso	EMERGENZA	Interruzione o grave compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2.	arancione	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con possibile rischio evolutivo o dolore severo e fattori di sofferenza attivati	Accesso entro 15 minuti
3.	azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione con bassa probabilità di evolutività e/o fattori di sofferenza e ricaduta sullo stato generale	Accesso entro 60 minuti
4	verde	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con situazioni di sofferenza bassa e senza ricaduta sullo stato generale	Accesso entro 120 minuti
5.	bianco	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica nella quale sono escluse le condizioni precedenti	Accesso entro 240 minuti

Vengono riportati, come da direttive nazionali, gli standard temporali previsti per l'accesso alle aree di trattamento, ovvero l'inizio del percorso diagnostico, terapeutico assistenziale quando siano presenti condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo, essi sono ponderati sulla

base degli studi effettuati dalle società scientifiche ed in accordo con la letteratura internazionale (tempo massimo di attesa).

Sarà peraltro compito di tutte le strutture promuovere processi di revisione dell'organizzazione interna e dei percorsi al fine di garantire il rispetto degli standard temporali previsti

E' raccomandato a tutte le realtà operative della Regione Piemonte l'utilizzo del sopradescritto sistema di codifica evitando l'adozione di sub categorie.

Eventuali ulteriori codifiche di percorsi clinico assistenziali successivi al triage, devono essere chiaramente diversificate dal codice di priorità. In nessun caso il codice di priorità può essere utilizzato per scopi che non siano l'individuazione della priorità dell'accesso alle cure.

Oltre ai sintomi ed al possibile rischio evolutivo, nella decisione di triage devono essere considerati anche ulteriori fattori che condizionano il livello di priorità e la qualità dell'assistenza da fornire per una corretta presa in carico (dolore, indicatori di sofferenza, età, disabilità, fragilità e vulnerabilità, particolarità organizzative e di contesto). Per questi motivi è necessario che la gestione della lista di attesa avvenga ad opera dell'infermiere di triage.

Una questione importante concerne la valutazione del dolore; sono state proposte diverse scale che in sede di triage dimostrano accuratezza variabile; alle diverse realtà rimane la scelta della scala più aderente alla propria situazione, ma la valutazione del dolore deve entrare tra rilevazioni indispensabili al pari di ogni altro "parametro vitale".

6. RIVALUTAZIONE

La rivalutazione è un processo fondamentale che deve essere garantito per tutti gli utenti in attesa. Essa, quale imprescindibile fase del processo di triage, si definisce come attività professionale mirata a mantenere il controllo della condizione degli assistiti durante l'attesa, cogliendo tempestivamente variazioni dello stato di salute. Si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che devono essere registrati. Durante l'attesa possono essere messe in atto iniziative mirate a migliorare il comfort, anche con il supporto di associazioni di cittadini.

La rivalutazione deve essere attuata:

- * A giudizio dell'infermiere di triage.
- * A richiesta dell'utente o dei suoi accompagnatori.
- * Allo scadere del tempo di rivalutazione previsto per ogni codice.

Ogni realtà dovrà stabilire tempi massimi di rivalutazione suddivisi per codice che dovranno tendere a quelli indicati nella seguente tabella

Codice	Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di rivalutazione
1.	rosso	EMERGENZA	Accesso immediato = nessuna rivalutazione
2.	arancione	URGENZA	15 min Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	60 min Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione,
4.	verde	URGENZA MINORE	120 min - a giudizio dell'infermiere di triage, - a richiesta del paziente
5.	bianco	NON URGENZA	240 min - una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato

Le modalità di rivalutazione possono variare a seconda delle condizioni della persona, del codice di priorità e del giudizio dell'infermiere di triage.

Qualunque modifica dei parametri, o delle condizioni generali della persona, rilevata durante la fase di rivalutazione potrà determinare una variazione anche del codice di priorità e conseguentemente dei relativi tempi di attesa.

I sistemi informatici aziendali devono permettere l'identificazione dei pazienti allo scadere del tempo massimo d'attesa ("alert") e proporre la necessità di essere rivalutati, nonché permettere una agevole registrazione delle avvenute rivalutazioni comprese quelle con conferma.

7. PRONTO SOCCORSO SPECIALISTICO

Pediatrico

Il TRIAGE pediatrico ha una sua propria specificità data dalla valorizzazione di alcuni parametri/segni/sintomi che sono peculiari e differenti nelle diverse fasi dell'accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente). Pertanto il personale infermieristico deve essere adeguatamente preparato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e la sua famiglia. Nei PS ad esclusiva affluenza pediatrica il triage deve essere svolto da infermieri pediatrici o da infermieri generalisti con specifica preparazione.

In tutti i PS GENERALI ad affluenza pediatrica devono essere presenti specifiche indicazioni per la valutazione del paziente pediatrico (protocolli o "raccomandazioni per valutazione paziente pediatrico").

Particolare attenzione dovrà essere posta alla rivalutazione in quanto il bambino non è sempre in grado di manifestare il mutamento della propria condizione.

Nell'organizzazione del sistema ospedaliero di emergenza urgenza è fondamentale che si consideri il bambino insieme alla famiglia.

I minori hanno diritto di avere accanto a sé, in ogni momento i genitori o chi esercita l'autorità genitoriale, di essere ricoverati in reparti idonei, di essere assistiti da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche emotive e psichiche proprie e della propria famiglia.

Ostetrico

L'organizzazione dell'assistenza alla gravidanza al parto ed il puerperio comporta la pianificazione di un sistema di emergenza-urgenza sanitario sia ospedaliero che territoriale che gestisce i collegamenti tempo dipendenti con i punti nascita e le neonatologie.

Il triage materno-fetale richiede una specifica organizzazione nonché specifiche competenze, nei Pronto Soccorsi Monospecialistici e Ostetrici della regione effettuato da un'ostetrica con specifica formazione volta alla corretta valutazione delle condizioni cliniche della gravida che accede al Pronto soccorso. In tutte le strutture di PS ove è presente un punto nascita devono essere formulati appositi protocolli di valutazione (elaborati da un gruppo multidisciplinare di infermieri, ostetriche, medici dell'emergenza e medici ginecologi) che permettano una corretta accoglienza e prima valutazione della paziente gravida e definiscano criteri di invio al Ps ostetrico.

Nell'eventualità che una donna in gravidanza possa pervenire ad un pronto soccorso collocato in un ospedale sprovvisto di punto nascita devono essere previsti specifici protocolli, che originano fin dalla valutazione di triage, che definiscono criteri e procedure per eventuale trasferimento presso i centri che assicurano la garanzia di una tempestiva valutazione e trattamento della problematica.

8.FRAGILITA'

Esistono delle specifiche situazioni in cui il Triage rappresenta un MOMENTO fondamentale di accoglienza e riconoscimento di persone appartenenti a particolari categorie che devono trovare adeguate e specifiche risposte alla loro "fragilità" attraverso l'attivazione tempestiva di percorsi dedicati.

In virtù della maggiore sensibilità prestata a questo tema negli ultimi anni, peculiare attenzione viene dedicata ai maltrattamenti e agli abusi sui minori, le donne vittime di violenza e gli anziani.

Anche i disturbi della sfera psichica richiedono una gestione particolare e dedicata a causa delle possibili conseguenze negative all'interno dell'organizzazione complessiva del sistema.

In questo contesto, il ruolo dell'infermiere di Triage è quello di concorrere all'identificazione di tali condizioni rilevando gli indicatori anamnestici e clinici di sospetto abuso e di attivare fin dai primi istanti, un percorso personalizzato e di sostegno, agevolando i contatti e le procedure in ambito sanitario, assistenziale, e giudiziario.

La formazione specifica è una funzione fondamentale e strategica per questi aspetti e deve essere effettuata in modo sistematico e mirato, integrando tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico di tali persone, nel rispetto degli specifici ambiti di competenza.

Specifici percorsi quindi dovranno essere studiati per quei fenomeni sociali che destano particolare allarme e preoccupazione, brevemente nel dettaglio:

- Maltrattamenti abusi sessuali sui minori
- Maltrattamenti violenza sessuale sulle donne
- Maltrattamenti sugli anziani

Questi sopracitati fenomeni potrebbero essere riassunti con la dizione: Maltrattamenti da relazione asimmetrica, ove questa sia configurata da una interrelazione di costante squilibrio che condizioni e favorisca situazioni di prevaricazione che si possono manifestare non solo sul piano fisico (violenza fisica, violenza sessuale, abuso su minore su anziano) ma anche su quello psicologico, economico, sociale (stati di abbandono, reclusione ambientale, subalternità psicologica). Tutte queste condizioni devono essere convenientemente evidenziate quanto più possibile già in sede di colloquio al triage ponendo in essere tutte le misure opportune per prevenire ulteriori prevaricazioni e sofferenze. A questo fine è indispensabile lo studio, per questi eventi, di procedure dedicate (vedi anche punto 10 -protocolli), che, tra le altre cose, prevedranno modalità idonee, da una parte, alla evidenziazione, limitata agli operatori coinvolti, ma fin dal triage, della condizione stessa, dall'altra alla quanto più tempestiva presa in carico (codice di priorità) sì da facilitare l'inserimento del/della paziente nel percorso studiato.

Per la violenza di genere si citano in questa sede due disposizioni ufficiali che dovranno essere tenute in conto per la progettazione dei citati protocolli. Nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (24/11/2017 pubb. G.U. 31/01/2018) è detto espressamente che per tale condizione debba < *...essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa – codice giallo o equivalente - ...*> (codice 2 o codice 3 secondo questo documento), altresì nella legge regionale n°4/2016 l'articolo 18 comma 1 istituisce un < *... "codice rosa" quale codice aggiuntivo al codice di gravità, visibile ai soli operatori sanitari.*>. Nel ribadire che il presente documento considera il codice di triage un indicatore di priorità e non di gravità, si raccomanda la considerazione dei citati atti ufficiali nella elaborazione sia dei protocolli di triage sia in quelli specifici per le suddette situazioni.

Quanto alle problematiche di ambito squisitamente psichiatrico riassumibili nei: "Disturbo acuto del comportamento dell'adulto" e "Disturbo acuto del comportamento del minore" è consigliabile aggiungere dei protocolli ad hoc. (v. punto 8 –Protocolli)

9. ATTIVITÀ SVOLTE IN TRIAGE

L'inizio del triage (valutazione sulla porta) deve essere garantito entro 5 minuti dall'arrivo in Pronto Soccorso a tutti gli utenti.

Le modalità di valutazione e l'accuratezza della fase di raccolta dati devono tenere conto delle condizioni della persona.

L'intervista deve essere mirata a raccogliere il maggior numero di informazioni necessarie alla definizione del problema di salute della persona e del possibile rischio evolutivo; in questa fase diventano essenziali le capacità comunicative, empatiche di gestione dello stress e di interazione con utente ed accompagnatori. Essa deve prevedere una raccolta dati relativa alle condizioni di salute della persona rapida, ma adeguata in termini di accuratezza alla situazione in esame, l'individuazione di fattori di rischio, terapie assunte, patologie presenti ed allergie.

La valutazione oggettiva, dopo la rilevazione di segni e sintomi specifici (pallore; sudorazione; localizzazione, durata ed intensità del dolore, ecc..) si può articolare, se necessario, nella misurazione dei parametri vitali ritenuti utili.

Se necessario potranno essere effettuati alcuni provvedimenti assistenziali indispensabili per supportare il paziente in attesa e diminuire lo stress emotivo e doloroso, quali ad esempio: sistemazione posturale idonea (barella, carrozzina, ...), immobilizzazione temporanea di lesioni traumatiche minori, medicazioni temporanee di ferite, applicazione di ghiaccio ecc...

Inoltre al fine di ottimizzare il percorso del paziente e l'utilizzo delle risorse si raccomanda la predisposizione di specifici protocolli locali che devono essere in linea con gli indirizzi regionali e le evidenze scientifiche del momento. Dal triage possono essere iniziati trattamenti diagnostici o terapeutici e attivati percorsi dedicati per specifiche tipologie di pazienti (Fast Track, See and Treat, trattamento del dolore).

E' compito dell'infermiere di triage garantire una adeguata informazione all'utente circa l'esito della valutazione di triage ed il funzionamento della struttura, anche attraverso l'eventuale consegna di un opuscolo informativo e l'utilizzo di altri supporti informativi (cartelli ecc..).

In collaborazione con gli operatori sanitari delle aree di trattamento andrà garantita anche una corretta gestione ed informazione dei familiari che stazionano nei locali di attesa durante la permanenza dell'utente all'interno del pronto soccorso.

La funzione di triage deve essere svolta a rotazione da tutti gli infermieri appartenenti all'organico del Pronto Soccorso in possesso dei requisiti specifici. E' preferibile articolare il turno di triage in maniera da garantire agli operatori la possibilità di essere sostituiti dopo un periodo di 4 ore consecutive di tale attività.

Si raccomanda l'adozione di provvedimenti organizzativi atti a ridurre al minimo le funzioni improprie del triagista (attività amministrativa, informazioni non di PS, restituzioni referti, etc....) al fine di non pregiudicare il tempo per la valutazione del paziente e la gestione dell'attesa ed evitando interruzioni che aumentano il rischio di errore

Al fine di garantire un adeguato comfort ed accessibilità ai servizi di base delle sale d'attesa, si raccomanda l'utilizzo di figure che, sotto la supervisione dell'infermiere di triage, contribuiscano al mantenimento di un costante contatto con gli utenti in attesa. Tale funzione potrà essere garantita, oltre che da personale di supporto adeguatamente formati, anche da componenti di Associazioni di Volontariato locali purché accreditate dalla struttura di pronto soccorso che in collaborazione con l'associazione ne ha curato e verificato la formazione e l'adeguatezza (DGR 59-11028 del 16/03/2009: progetto "accoglienza ed umanizzazione" in pronto soccorso: indicazioni alle AA. SS. RR).

10. PROTOCOLLI

Ogni Pronto Soccorso deve disporre di protocolli di triage, elaborati da un **gruppo permanente multiprofessionale** (medici ed infermieri esperti, vedi punto 2), approvati dai responsabili medico ed infermieristico del servizio e del dipartimento che devono essere adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte.

Il sistema di protocolli deve essere articolato per sintomi principali e deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in Pronto Soccorso. Esso deve prevedere specifici criteri di valutazione almeno per i seguenti sintomi principali:

- Dolore Toracico
- Dispnea
- Dolore addominale
- Cefalea
- Reazioni allergiche
- disturbi neurologici acuti-
- Sincope
- Trauma maggiore (situazioni traumatiche nelle quali non è possibile escludere la compromissione dello stato generale -ustione-)

- Trauma minore (senza rischio di compromissione dello stato generale, riferito ad un segmento corporeo isolato –ustione-)
- Problema psicosociale
- Febbre
- Violenza maltrattamento asimmetrico (v. p. 8 -Fragilità)
- Disturbi del comportamento (v. p. 8-Fragilità)
- Sintomi o disturbi ostetrici ginecologici
- Protocolli per vie brevi (fast track) [ORL, Oftalmico, Ortopedico, Dermatologico,]
- Protocolli di See and Treat (es.: Trattamento del dolore in triage, altri eventuali)

Particolare attenzione deve essere dedicata all'ambito pediatrico atta a dare precise indicazioni per la corretta valutazione, presa in carico e gestione di quei particolari pazienti.

Da considerare inoltre alcune raccomandazioni o protocolli di carattere organizzativo-gestionale:

- Rientri: raccomandazioni o "alert" per un nuovo accesso al PS dello stesso paziente per il medesimo o simile problema clinico a distanza di 24 - 48 ore dal primo;
- Comunicazione:
 - Indicazioni per la comunicazione/informazione e passaggio di consegna tra il personale del 118 e quello del Triage del PS;
 - le informazioni/ raccomandazioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari/accompagnatori;
- Consegna: la continuità nella presa in carico del paziente durante il cambio del turno al triage;
- Boarding-overboarding: il mantenimento di standard di personale per turno con attenzione ai picchi di maggior affluenza; compresi i criteri di valutazione e di allertamento nel caso di criticità organizzative ed eventuale necessità di risorse aggiuntive;
- PEIMAF
- Allontanamento del paziente prima dell'accesso al trattamento: indicazioni e raccomandazioni nel caso di allontanamento del paziente prima della visita medica e per l'allontanamento volontario
- Conflitti e sicurezza: indicazioni e raccomandazioni per la gestione dei conflitti e la garanzia della sicurezza di operatori e pazienti, comprese eventuali procedure di attivazione della sicurezza intera e l'allertamento della forza pubblica

I protocolli di valutazione e quelli organizzativi sono aggiornati alle migliori evidenze scientifiche del momento e si adattano alle specificità del contesto al quale si riferiscono.

I protocolli dovranno essere revisionati secondo le rinnovate evidenze scientifiche ogni qual volta vi siano cambiamenti e si raccomanda periodico aggiornamento o controllo ogni 3 anni. A quest'ultima sorveglianza è particolarmente demandato il gruppo permanente multidisciplinare.

L'utilizzo di software per l'espletamento della funzione di triage e la registrazione dei dati in essa rilevati deve consentire il rispetto dei criteri contenuti nei protocolli e dei compiti assegnati all'Infermiere di Triage garantendo la discrezionalità decisionale del professionista.

11. SCHEDA DI TRIAGE

La scheda di triage è elemento imprescindibile del sistema di triage. Deve documentare il processo decisionale che ha portato alla formulazione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati al triage e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del Pronto Soccorso. Può essere realizzata su supporto cartaceo o informatico e deve essere conforme al modello di triage adottato nella struttura cui si riferisce.

Gli elementi essenziali della Scheda sono:

- * Dati anagrafici da permettere l'inequivocabile identificazione dell'utente o modalità organizzative idonee al suo riconoscimento;
- * Data e ora di triage;
- * N° di intervento 118;
- * Sintomo principale;
- * Valutazione infermieristica;
- * Valutazione del dolore;
- * Codice di priorità assegnato;
- * Interventi effettuati in Triage;
- * Percorsi / procedure brevi attivati dal triage
- * Esito di eventuali rivalutazioni;
- * Ora di accesso all'area di trattamento (fine del triage);
- * Identificativo dell'operatore di triage.

12. RISORSE

Strutturali & tecnologiche

In tutte le strutture deve essere garantita la disponibilità di risorse adeguate, per consentire la realizzazione di un sistema di triage strutturato secondo le direttive contenute nel presente documento e per il mantenimento di standard qualitativi accettabili.

- Presso ogni Pronto Soccorso deve essere presente o essere previsto un locale di triage adibito a tale funzione, collocato in posizione attigua agli ingressi del pronto soccorso e centrale rispetto alle sale visita, in grado di permettere l'espletamento della valutazione infermieristica nel rispetto della riservatezza del paziente (vedi punto 3).
- I locali di attesa pre e post triage devono permettere una sorveglianza a vista delle persone e possibilmente prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza.
 - Devono essere previsti spazi dedicati per pazienti deambulanti, non deambulanti, pediatrici, dedicati per persone in condizione di fragilità, vittime di abuso
 - Sono raccomandati supporti tecnologici (monitors) per fornire informazioni sull'affollamento, situazioni di emergenza, stato di avanzamento della gestione dei diversi pazienti, eventuale discreto intrattenimento
 - Deve essere presente una dotazione di distributori automatici per generi di conforto alimentare di base

Nella zona di triage deve essere presente una dotazione di risorse tecnologiche dedicate in grado di permettere l'espletamento di tutte le attività previste:

- Personal Computer, materiale per medicazione, presidi per immobilizzazione temporanea arti e rachide cervicale, presidi per mobilizzazione pazienti, strumenti per rilevazione/monitoraggio parametri vitali, telefoni, barelle carrozzine di numero e tipologia adeguata, ecc...
- Impianto gas medicali. DAE.
- Farmaci (se presenti protocolli per gestione del dolore ed inizio specifici percorsi di trattamento)

Risorse umane

L'organico di pronto soccorso deve prevedere un numero di infermieri e una dotazione di altro personale di supporto adeguato sia dal punto qualitativo (vedi prerequisiti formazione Infermieri di triage) che quantitativo per la realizzazione dell'attività di triage secondo il modello ed i criteri sopra descritti.

Come anche già previsto dalla D.G.R.14 APRILE 2008, N. 48-8609, ogni azienda dovrà garantire una dotazione di risorse umane adeguate in grado di garantire almeno i seguenti standard operativi:

- per le strutture con meno di 20.000-25000 accessi l'anno nel calcolo del carico di lavoro del personale infermieristico occorre considerare anche l'attività di triage;
- al di sopra dei 20000 - 25000 passaggi è necessario prevedere 1 figura infermieristica dedicata H 24 nell'area di triage,
- oltre i 40000-45000 passaggi è auspicabile che gli infermieri che svolgono attività di triage siano almeno 2 nelle ore di maggior afflusso e che venga garantita la presenza nell'area triage di un infermiere nelle 24 ore;
- per le strutture con passaggi superiori ai 60000-65000, (per consentire, oltre la valutazione, anche la rivalutazione dei pazienti in attesa di visita medica), gli infermieri presenti H24 devono essere almeno 2.

Per quanto riguarda le figure di supporto, si raccomanda il rispetto dei seguenti criteri organizzativi:

- fino a 25000 passaggi prevedere la disponibilità, a chiamata, di un operatore di supporto in servizio presso il Pronto Soccorso, in triage
- per le strutture con passaggi superiori ai 25000, presenza di un OS specificamente dedicato al supporto dell'attività di triage dalle ore 8 alle ore 23, e possibilità di usufruire di un operatore in servizio presso il pronto soccorso durante le ore notturne

Dal punto di vista della gerarchizzazione secondo DM 70/2015 la dotazione minima per garantire la funzione del triage prevede:

- P.O. sede di PS semplice: n.1 unità infermieristica.
- P.O. sede di DEA di 1° livello: n. 2 unità infermieristiche e n. 1 unità di personale di supporto;
- P.O. sede di DEA di 2° livello: n. 2 unità infermieristiche, n.1 unità infermieristica dedicata alla rivalutazione e n. 1 unità di personale di supporto

La dotazione complessiva del personale per l'attività di Triage prevede, oltre al personale infermieristico, la presenza di personale amministrativo e di supporto adeguato al livello di complessità della struttura.

Al fine di prevenire episodi di violenza ed aggressione si raccomanda l'attivazione, da parte delle aziende, di specifici progetti atti a garantire adeguata sicurezza a pazienti e personale.

13. FORMAZIONE

La formazione consente di implementare criteri e metodologie idonei alla valutazione del paziente e di definire un linguaggio comune.

Per gli infermieri costituisce requisito indispensabile per lo svolgimento dell'attività di triage.

Ogni azienda deve prevedere un piano di formazione sul triage infermieristico in pronto soccorso suddiviso in tre livelli:

A. Formazione propedeutica

B. Formazione al triage

C. Formazione permanente.

Prerequisiti

Per accedere alla formazione abilitante occorre possedere i seguenti requisiti:

- Titolo di studio ed abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico o ostetrica, come definito dagli specifici profili professionali (DM 739/94 professione infermiere, DM 740 - 14/09/1994 -prof. ostetrica-; DM 70 17/01/1997 -inf. pediatrico-), dalla normativa (L. 42 del 1999 e L. 251 del 2000) e dagli ordinamenti universitari delle classi di laurea in infermiere e specialistica (DM 509 del 1999, con la parola infermiere si intendono anche tutte le figure infermieristiche con funzioni di coordinamento)
- Esperienza: almeno sei mesi di esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (in caso di neoassunto, successivi ai sei mesi del periodo di prova)

A. Formazione propedeutica

L'aspirante "infermiere di triage", deve effettuare, sulla base dell'organizzazione aziendale, una formazione propedeutica a quella specifica sul triage che può avvenire prima della formazione di base o entro 24 mesi dal suo completamento; tale formazione deve prevedere almeno:

- Un corso accreditato sulle tecniche di supporto vitale di base
- Un corso accreditato sulla gestione delle emergenze mediche
- Un corso accreditato sulla gestione delle emergenze chirurgico - traumatologiche

B. Formazione al triage

Essa deve avvenire attraverso la partecipazione ad uno specifico "Corso teorico di preparazione al Triage" e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto

§ Corso Teorico di preparazione al Triage

* Metodologia didattica:

Si sviluppa attraverso un corso residenziale della durata minima di 24 ore d'aula realizzato con metodologie frontali ed interattive (casi clinici e simulazioni)

* Ambiti formativi:

Il corso deve prevedere attività formative che si sviluppano nei seguenti ambiti :

- A. Acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato sulla semeiotica
- B. Acquisire capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche ed ansiogene considerando le dinamiche psicologiche che si sviluppano nel contesto triage tra operatori, con l'utente e verso i famigliari e/o accompagnatori;
- C. Approfondire gli aspetti legati all'autonomia ed alla responsabilità professionale legandola alle problematiche legali derivate dalla attività di triage;
- D. Acquisire la metodologia per la progettazione l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in triage, in linea con le linee di indirizzo internazionale, nazionale e regionale.
- E. Acquisire le metodologie di gestione del sistema qualità applicato ad un sistema di triage, possibili indicatori di efficacia, efficienza e performance⁵.

Al termine del corso l'infermiere affronta una valutazione finale dopo la quale verrà certificato il superamento del corso. L'eventuale non superamento del corso comporta la necessità da parte dell'infermiere di un periodo di consolidamento delle conoscenze base di almeno 3 mesi prima di poter ripetere il corso.

§ Periodo di affiancamento

Dopo il superamento del corso di triage l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento con un tutor esperto non inferiore a 36 ore.

L'idoneità allo svolgimento dell'attività di triage sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento attraverso un momento di valutazione volto a verificare la presenza delle competenze essenziali.

L'affiancamento nell'attività di triage viene effettuato secondo un programma aziendale che suddivide le ore complessive tra:

* tutoraggio mediante affiancamento di un infermiere esperto in triage

* tutoraggio mediante supervisore infermieristico esterno (coordinatore infermieristico del pronto soccorso o persona intra o extraaziendale nell'ambito del quadrante ritenuta esperta)

Il periodo di tutoraggio, se ritenuto necessario, può essere prolungato in funzione delle necessità formative.

Il tutor deve essere una figura professionale, individuata a livello del dipartimento, ritenuta idonea per esperienza, formazione e capacità didattica a svolgere tale funzione. Questa figura viene identificata in seno all'equipe o esternamente ad essa.

C. Formazione permanente

Gli infermieri, compresi quelli con funzioni di coordinamento, abilitati a svolgere attività di triage devono mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali attraverso adeguate attività formative, da svolgersi almeno una volta ogni 2 anni.

La formazione permanente potrà prevedere:

- * Eventi formativi monotematici di approfondimento (es. il dolore toracico, il dolore addominale, responsabilità professionale, dinamiche relazionali, ecc)
- * Approfondimento metodologici
- * Eventi formativi sulla qualità in triage, comprese attività di verifica di processo e/o risultato
- * Incontri di approfondimento su casi clinici (utilizzo di incidenti critici o eventi sentinella)
- * Partecipazione ad attività di studio e ricerca inerenti il triage
- * Partecipazione ad attività di progettazione e/o revisione di strumenti operativi inerenti il triage
- * Altre iniziative formative

E' raccomandata la realizzazione da parte delle aziende di attività di formazione/informazione riguardanti il triage rivolte a tutti i professionisti, medici, infermieri ed OSS, che svolgono attività clinica presso le strutture di emergenza, o che hanno rapporti diretti o indirette con le stesse, al fine di condividerne gli obiettivi, comprendere i meccanismi operativi e favorire l'integrazione multiprofessionale.

14. ADEGUAMENTO AL SISTEMA EMUR E DISPOSIZIONI REGIONALI

Sistema EMUR

Relativamente all'attività di Pronto Soccorso, il sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in PS: identificazione della struttura erogatrice e dell'assistito; dati relativi all'accesso ed alla dimissione; dati relativi alle diagnosi ed alle prestazioni erogate; dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso. Descriveremo quanto attiene alla fase "trriage".

Dati da rilevare nel sistema EMUR - tempi

Nell'ambito del Pronto Soccorso è necessario rilevare, in particolare, i tempi relativi al percorso del paziente in rapporto ai codici di priorità assegnati. Pertanto, sono da rilevare i tempi relativi alla presa in carico del paziente, all'inizio del percorso diagnostico terapeutico e della prestazione medica, all'esito della prestazione erogata e all'eventuale inizio e termine dell'attività di OBI, nonché i tempi massimi di permanenza in Pronto Soccorso. Di tali tempi (v. sotto) e la relativa codifica, di interesse di questo documento si sottolinea la prima rilevazione

T0 PRESA IN CARICO AL TRIAGE

T1 INIZIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE (fast track, see and treat)

T2 INIZIO DELLA PRESTAZIONE MEDICA

T3 ESITO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

T4 INIZIO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

T5 TERMINE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Dati da rilevare nel sistema EMUR – codice d'uscita

L'attività di triage è come detto caratterizzata dalla assegnazione dei codici di priorità distinti in funzione alla situazione di stabilità clinica e dei segni e sintomi riferiti e rilevati .

Al termine della prestazione il medico di PS identifica il livello di gravità del paziente assegnando un codice d'uscita che, attualmente, è rappresentato dai codici colore analoghi a quelli assegnati con altra finalità al triage.

Questa duplice attribuzione di codici colore non deve creare confusione le due valutazioni non hanno niente in comune: non si deve confondere la priorità di accesso alla visita con la gravità clinica complessiva.

L'infermiere decide la priorità di accesso ai trattamenti in base a strumenti e valutazioni che vengono compiute all'accesso del paziente in pronto soccorso, il medico al termine di tutto l'iter diagnostico-terapeutico definisce il livello di gravità della situazione clinica del paziente basato sulle potenzialità strumentali e personali di tutti i servizi ospedalieri operanti nell'urgenza e soprattutto sull'assorbimento delle risorse che la problematica del paziente ha richiesto al pronto soccorso.

Il codice in uscita viene differenziato in cinque livelli di gravità:

LIVELLI		EVENTUALE COLORE	INDICAZIONE	NOTE
C	Paziente CRITICO	ROSSO	Un parametro vitale compromesso	Verosimile ricovero in ambiente intensivo/subintensivo
A	Paziente ACUTO	ARANCIONE	Stabile con possibile compromissione di un parametro vitale	Verosimile ricovero ospedaliero
D	Paziente urgente DIFFERIBILE	AZZURRO	Stabile che necessita di trattamento non immediato	Dimesso a domicilio ma appare giustificabile l'accesso in PS
M	Paziente con Urgenza MINORE	VERDE	Stabile in cui il trattamento può essere dilazionato nel	Gestione della piccola traumatologia.

			tempo	Dimesso
N	Paziente NON urgente	BIANCO	Paziente in cui la terapia può essere programmata nel tempo	Può essere richiesta la corresponsione di ticket (se non esente)

Per il caso in cui il paziente che, giunto in pronto soccorso in condizioni vitali (con qualsiasi codifica di priorità venga identificato) per l'aggravamento della propria situazione venga a decedere, si adotterà il codice in uscita "C", "Critico", "rosso". Infatti la stratificazione "in uscita" considera non tanto l'esito quanto proprio la gravità delle condizioni del paziente che viene dimesso dal pronto soccorso (con qualsiasi modalità, quindi anche in caso di decesso) al termine dell'iter ivi intercorso.

Il codice di uscita, diverso da quello del triage, può anche essere considerato un indicatore di appropriatezza del ricorso della prestazione di PS. Queste informazioni sono sostitutive del set di dati già rilevati attraverso il sistema MIUR, con l'informazione relativa al livello di appropriatezza dell'accesso.

15. SISTEMA DI VERIFICA E QUALITÀ

Considerata l'importanza del Triage intra-ospedaliero in quanto momento fondamentale del percorso del paziente in Pronto Soccorso, l'accuratezza nello svolgimento di questo "processo decisionale" da parte dell'infermiere di Triage, rappresenta un importante "gold standard" da raggiungere.

Il modello adottato finora per la verifica di qualità è stato quello dell'"audit professionale" o "clinical audit", volto alla valutazione del sistema triage e delle performance professionali sulla base di casistica puntiforme.

Quanto fin qui messo in atto deve essere metodologicamente curato, ma integrato con altri strumenti.

Il sistema di verifica continua della qualità ha importante valore formativo e informativo per il professionista perché:

- educa ad un atteggiamento autovalutativo facilitando l'aggiornamento delle conoscenze e il miglioramento della pratica;
- facilita l'individuazione dei fattori chiave che condizionano la buona pratica clinica e aiuta ad individuare gli elementi da monitorare nel tempo

Tutti i sistemi di triage devono prevedere e realizzare attività di verifica secondo i criteri regionali.

Modalità organizzative

Allo scopo di mantenere adeguate le performance professionali ed il sistema organizzativo si ritiene necessario individuare sistemi di monitoraggio delle performance del sistema triage su due livelli.

Primo livello (aziendale)

Il primo livello è quello aziendale e/o di quadrante, a seconda delle specificità, affinità organizzative, tipologia di accesso ed offerta di servizi sanitari.

Due ambiti di valutazione possono essere considerati

- a) Ad un ambito di base esso consiste in un incontro o serie di incontri fra operatori per discutere i casi che abbiano dato evidenza di questioni o problemi nella applicazione o nella stratificazione del codice di priorità.

Lo standard di riferimento deve essere condiviso, esplicito particolare attenzione dovrà essere rivolta a particolari situazioni

- quelli che si sono conclusi con un decesso inatteso, anche e soprattutto in relazione alla raccomandazione 15 (febbraio 2013) del ministero che, definendo la morte o grave danno conseguente alla non corretta attribuzione del codice triage un "evento sentinella", prevede l'attivazione di specifiche misure di valutazione dell'eventuale errore.
- quelli ritenuti complessi dagli operatori.

L'analisi, di solito retrospettiva, viene effettuata mediante l'esame delle schede di triage e di tutta la documentazione connessa con i casi in questione.

- b) Un secondo ambito, più propriamente statistico e fondamentalmente affidabile, prevede l'individuazione di indicatori secondo una logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) che consente di mantenere e migliorare la clinical competence e gli standard di servizio necessari a garantire un efficace processo di Triage.

A seguire si riportano una serie di indicatori di appropriatezza che possono essere utilizzati ai fini citati.

Ogni azienda o dipartimento o struttura potrà decidere sulla opportunità di utilizzare uno o più degli indicatori suggeriti, da rilevare anche a campione sulla casistica di afferenza, e potenziare conseguentemente il proprio sistema informatico per venire incontro a queste esigenze.

INDICATORE	TIPOLOGIA DI INDICATORE	STANDARD DI RIFERIMENTO	RAZIONALE, E CRITERI E LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO
% di rivalutazioni del paziente eseguite da Triage (registrate formalmente) sul totale dei pazienti divisi per codici 1-2-3-4-5 che abbiano superato il tempo massimo d'attesa raccomandato	appropriatezza	90 % dei codici 3 che hanno superato il 60' 80% dei codici 4 che hanno superato il 120' 70% dei codici 5 che hanno superato il 240'	<i>La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di triage, si definisce come attività professionale mirata a mantenere il controllo della condizione degli assistiti durante l'attesa, cogliendo tempestivamente variazioni dello stato di salute. Si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che devono essere registrati e ai quali si possono associare iniziative mirate a migliorare l'attesa e il suo confort non necessariamente assicurati dal professionista infermiere. (Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012 – conferenza stato-regioni 1 agosto 2019)</i>
% di pazienti in emergenza codice 1 che accedano immediatamente al trattamento	appropriatezza	99% dei pazienti accettati con codice 1	<i>Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati</i>
% di pazienti in urgenza codice 2 che accedono al trattamento entro 15 minuti	appropriatezza	85% dei pazienti accettati con codice 2	
% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono entro 60 minuti	appropriatezza	80% dei pazienti accettati con codice 3	
% di pazienti con urgenza minore codice 4 che accedono entro 120 minuti	appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 4	
% di pazienti non urgenza codice 5 che accedono entro 240 minuti	appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 5	
% di pazienti che si allontanano dal pronto soccorso prima di accedere alla visita senza comunicarlo all'infermiera/totale di pazienti triagiati	appropriatezza	Inferiore al 10%	
% di pazienti per i quali è stato attivato un percorso di fast track/totale pazienti eleggibili.	appropriatezza	80% dei pazienti inviati a fast track Accettabile il 50%	<i>Individuazione di differenti modalità organizzativa per la gestione degli accessi degli utenti con urgenza minore, finalizzati alla riduzione del sovraffollamento del PS. Realizzazione di percorsi diretti e dedicati a discipline specialistiche, mediante utilizzo di protocolli. Utilizzo da parte del personale infermieristico di protocolli, validati e condivisi con le discipline specialistiche di pertinenza, per l'invio diretto al medico specialista, di pazienti con specifici segni e sintomi. (Accordo in Conferenza Stato - Regioni del 1 agosto 2019) - Linee Guida Triage,</i>

Oltre agli indicatori di appropriatezza possono essere considerati anche indicatori di esito, considerando per ogni codifica, la percentuale dei pazienti ricoverati, deceduti o trasferiti.

Secondo livello.(Regionale)

A livello Regionale sono definiti i criteri per la valutazione esplicita del sistema Triage attraverso una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi. La lista dei criteri deve poter permettere di definire criteri di riferimento per le Aziende Sanitarie per ciò che riguarda:

- Gli aspetti strutturali
- La gestione dei processi
- L'organizzazione delle attività
- Le performance professionali

16. CONCLUSIONI

Il presente documento costituisce un aggiornamento della DGR N. 43-15182 del 23/03/2005, nel ridefinire la funzione di Triage già descritta in tale deliberazione, sviluppa le possibilità organizzative, in linea con i recenti dati di letteratura internazionale, allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente.

Il Triage è l'inizio del percorso di Pronto Soccorso ed ha due obiettivi: - individuare le priorità di accesso alle cure; - indirizzare il paziente all' appropriato percorso diagnostico-terapeutico. Si ribadisce che il Triage in Pronto Soccorso è una funzione infermieristica, svolta da personale con appropriate competenze e attuata sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento.

Il documento contiene alcune novità di particolare rilievo:

- la suddivisione in 5 codici di priorità, allo scopo di meglio ridistribuire la popolazione che si presenta in PS. Infatti, il precedente "codice verde", essendo di gran lunga il più attribuito, non consente di differenziare adeguatamente i pazienti meritevoli di maggior impegno assistenziale da quelli a minore carico gestionale, esponendoli al rischio di eventi sfavorevoli o di sottovalutazione; ci si allinea inoltre alla maggior parte degli altri Paesi a livello internazionale;
- l'affiancamento al codice colore dell'utilizzo di una numerazione da 1 a 5 per definire i codici di accesso allo scopo di evitare la confusione con altri codici colore (rosa, argento et altri), non indicativi di una priorità d'accesso, ma di un percorso dedicato.
- l'utilizzo del codice di priorità esclusivamente per l'individuazione della priorità di accesso alle cure;
- la presa in carico del paziente avviene al Triage e non coincide necessariamente con l'inizio della visita medica;
- l'infermiere di Triage è dotato di autonomia professionale e può essere specificatamente autorizzato alla adozione di specifici protocolli interni che accelerano e ottimizzano la gestione di particolari tipologie di afferenze (fast track, trattamento del dolore).

Le indicazioni di cui al presente documento sono state elaborate contemporaneamente a "Linee di indirizzo sull'Osservazione Breve Intensiva" in modo da integrare i due documenti relativamente ai tempi di permanenza dei pazienti nell'ambito delle strutture di emergenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- * American College of Surgeon Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Chicago, 1999
- * Atti I° Convegno Internazionale "Il Triage Infermieristico in P.S., i temi che scottano", Torino 28-30/11/2002, http://www.triage.it/corsi/attitorino/attito2002_fr.htm, ultimo aggiornamento 3/7/2003, ultima consultazione 29/11/2003
- * Australian College of Emergency Medicine. GUIDELINES FOR IMPLEMENTATION OF THE AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE IN EMERGENCY DEPARTMENTS <http://www.acem.org.au/open/documents/triageguide.htm> ultimo aggiornamento novembre 2000, ultima consultazione 1/12/2003
- * Baker D.V. Patients who leave a public Hospital without being seen by a physician: causes and consequences. JAMA 1991; 266: 1085-1090
- * Baldi G, Braglia D, Regnani S. Il Triage (opinioni a confronto) in Atti del 3° congresso nazionale FIMUPS, Torino, 25-28 /11/1996: 297-301
- * Boni D. Differenti modelli di triage e loro applicazione in Italia in atti I° Convegno Internazionale "Il Triage Infermieristico in P.S., i temi che scottano", Torino 28-30/11/2002, http://www.triage.it/corsi/attitorino/attito2002_fr.htm, ultimo aggiornamento 3/7/2003, ultima consultazione 30/11/2003
- * Canadian Association of Emergency Physicians: "Position Statement- Emergency Department Overcrowding" dicembre 2000, <http://www.caep.ca/004.cjem-jcmu/004-00.cjem/vol-5.2003/v52-081.htm>, ultimo aggiornamento 21/10/2003, ultima consultazione 22/11/2003
- * Clawson JJ, Dernocoeur KB. Principles of Emergency Medical Dispatch U.S.A: Paperback:1997, <http://www.medicalpriority.com/articles/princsummary.html>, ultima consultazione 29/11/2003
- * Department of Health, England Reforming Emergency Care. DOH :2001, <http://www.doh.gov.uk/emergencycare/index.htm>, ultimo aggiornamento 14/7/2003, ultima consultazione 29/11/2003
- * Derlet R.W, Richards J.R. "Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: complex causes and disturbing effects" Ann Emerg Med 2000 35,1: 63-68
- * E.N.A. (Emergency Nursing Association). Triage: Meeting the Challenge. U.S.A. Paperback: 2nd Revision edition 1998
- * G:F:T: (Gruppo Formazione Triage). Triage Infermieristico. Milano: McGraw-Hill 3° edizione, milano 2000
- G:F:T: (Gruppo Formazione Triage). Triage Infermieristico. Milano: McGraw-Hill 4° edizione, milano 2019
- * Gai V., Jagoda A.S. Le giornate italo americane di medicina d'urgenza e il triage, Torino: MAF servizi Edizioni Scientifiche, 1998; 230 - 269
- * Grossman VGA, Arne JF. Quick Reference to Triage. Philadelphia Lippincott
- * http://www.triage.it/corsi/attitorino/attito2002_fr.htm ultimo aggiornamento 3/7/2003, ultima consultazione 1/12/2003
- * Manchester Triage Group. Emergency Triage. Londra: BMG Books, 1996
- * Marchisio D, Boni D, Morichetti A, Regnani S, Triage Infermieristico in P.S.: Realtà e Prospettive. In Atti del 1° Congresso Regionale S.I.M.E.U. Campania, Caserta: 2003: 89-95
- * McMahon M. ED Triage: is a five-level triage system best?, American Journal of Nursing 2003; 103(3):61-63
- * Ministero della salute. Sintesi della relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002, http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/relazione_179/sintesi.pdf, ultimo aggiornamento 16/7/2003, ultima consultazione 25/11/2003
- * Morichetti A, Maffei C. L' appropriatezza del ricovero in medicina di urgenza. In Atti 3° Congresso Nazionale SIMEU "Imparare dall' Evidenza, dall' errore, dall' esperienza", ROMA 21-24/10/2003, in GIMUPS giugno 2003 suppl. 2, vol 5 num 1-2: 54-58
- * Morichetti A, Pallotta B., Rapino K., Salvi A. Pronto Soccorso nella Regione Marche: problematiche emergenti. In Atti del I° Congresso Nazionale SIMEU, Napoli 21-24/11/2001, GIMUPS settembre 2002 suppl. 2, vol 4 num 3: 75-83
- * Morra A, Odetto L, Bozza C, Bozzetto P. Disaster Management. Torino: Regione Piemonte, 2002: 37-46, 72-77
- * Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency

department triage. Emergency Medicine 2003; 15: 1 - 6

- * Noto R, Huguenard P, Larcan A. Medicina delle catastrofi. Milano: . Masson, 1996: pag.40-43,76,233,344
- * Perraro F. Il Triage: stato dell' arte. In: atti Le giornate italo americane di medicina d'urgenza e il triage. Torino: 2-4/4/1998: 207-220
- * Weinerman ER, Edwards HR. "Triage" system shows promise in management of emergency department load. Hospitals 1964; 38:
- * Ministero della Salute, Linee di Indirizzo Nazionali sul triage Intraospedaliero" approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 1/8/2019
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf
- * Ministero della Salute, Linee di Indirizzo Nazionali sull' Osservazione Breve Intensiva - OBI" approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 1/8/2019
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_0_file.pdf
- *Ministero della Salute, Linee di Indirizzo Nazionali sull' Osservazione Breve Intensiva - OBI" approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 1/8/2019
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_0_file.pdf
- *Ministero della Salute, Linee Di Indirizzo Nazionali Per Lo Sviluppo Del Piano Di Gestione Del Sovraffollamento in Pronto Soccorso, approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 1/8/2019
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_2_file.pdf
- *Age. Na. S. Monitor 29 "Linee di Indirizzo per il Triage in Pronto Soccorso, Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso" 44 - 53, anno XI Monitor n° 29 2012
- *Regione Toscana Uffici Regionali Giunta Regionale estratto dal verbale della seduta del 24-07-2017 (punto N 34) Delibera N 806 del 24-07-2017),
Linee di indirizzo: "MODELLO ORGANIZZATIVO PER PERCORSI OMOGENEI IN PRONTO SOCCORSO
- *Regione friuli venezia Giulia, Decreto n° 366/SPS del 20/02/2018:
"Il Triage di pronto soccorso per l'adulto" manuale operativo 2018

REGIONE PIEMONTE LINEE DI INDIRIZZO PER L'OBI

Introduzione

Come disposto dal DM 70 del 02/04/2015, in ogni presidio sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di 1° o di 2° livello (ospedali hub e spoke) deve essere istituita una struttura complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (MeCAU), con attività di Pronto Soccorso (PS) e di Osservazione Breve Intensiva (OBI); nei presidi ospedalieri base e di area disagiata, che non sono sedi di DEA, sono da istituire strutture semplici, con attività di PS e di OBI, che fanno capo alla struttura complessa di MeCAU dell'ospedale sede del DEA di riferimento.

L'attività di OBI, da svolgere in ogni PS e DEA, ha come obiettivi l'osservazione e/o il monitoraggio, la valutazione diagnostica e l'eventuale trattamento di pazienti per i quali non sia definibile, dopo il primo inquadramento (in genere entro le prime 6 ore dall'accesso in PS), il percorso più indicato (dimissione, rinvio al medico curante, ricovero).

I due elementi qualificanti dell'attività di OBI sono l'arco temporale limitato e l'intensità del processo diagnostico-terapeutico assistenziale.

L'attività di OBI è fondamentale in ogni presidio ospedaliero sede di PS o DEA, in quanto consente lo svolgimento adeguato della funzione di filtro per i ricoveri e garantisce le dimissioni in sicurezza di molti pazienti anche relativamente complessi, con l'avvio di eventuali percorsi di cura e assistenza extra-ospedalieri.

Indicazioni all'OBI ed esclusioni

L'Osservazione Breve Intensiva è dedicata a pazienti che necessitano di:

- ulteriori accertamenti per sindromi a rischio evolutivo non elevato, senza diagnosi definitiva dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso (p.es: dolore toracico, dolore addominale);
- monitoraggio per sindromi e patologie a rischio evolutivo medio-basso o non definito (p.es: sincope, trauma toracico, trauma addominale, trauma cranico, infezioni);
- trattamento ospedaliero di patologie e disfunzioni a rischio evolutivo medio-basso (p.es: dolore, scompenso cardiaco, tromboembolismo venoso);
- terapia ed assistenza temporanea di pazienti con problematiche assistenziali complesse in attesa di trasferimento presso struttura periferica con previsione di arco temporale limitato al massimo previsto di permanenza in OBI;
- supporto e assistenza in situazioni di fine vita con previsione di arco temporale limitato al massimo previsto di permanenza in OBI.

Ogni paziente deve avere un problema prevalente come indicazione all'OBI, ma non sono esclusi a priori pazienti con problematiche multiple; per le sindromi e le patologie più frequentemente oggetto di osservazione sono da prevedere linee guida specifiche o percorsi integrati di cura (concordati con i servizi territoriali e con i servizi sociali).

In calce è riportato un elenco non esaustivo delle situazioni con indicazione potenziale all'OBI: l'elenco è da adeguare in base ai contesti locali e alle evidenze che si rendono disponibili sulla possibilità di limitare il tempo di permanenza intraospedaliero per diverse problematiche cliniche.

Non ci sono indicazioni all'OBI per i pazienti che devono comunque essere ricoverati o per i quali si preveda un'osservazione superiore allo standard massimo (definito nel paragrafo seguente). Non costituiscono funzioni dell'OBI la sosta e la gestione di pazienti già destinati a ricovero e in attesa di posto letto, oppure già destinati a dimissione dopo la valutazione in PS.

Non è appropriato l'impiego dell'OBI per la gestione iniziale di pazienti critici, comunque da ricoverare (p.es. pazienti da sottoporre a trombolisi sistemica o a ventilazione non invasiva); tali pazienti devono essere invece accettati nelle unità di terapia semintensiva, previste dal DM 70 del del 02/04/2015 in ogni ospedale sede di DEA, oppure in altre unità dedicate dei presidi ospedalieri (come le stroke-unit).

Criteria di appropriatezza dell'attività di OBI

Di seguito sono descritti i criteri generali per l'appropriatezza dell'attività di OBI:

- percentuale dei pazienti in accesso nei PS/DEA da inserire nel percorso OBI: 5-10%;
- tempo minimo di permanenza in OBI: 6 ore;
- tempo massimo di permanenza in OBI: 36 ore;
- quota di ricovero (come esito finale) dei pazienti inseriti nel percorso OBI: a fronte delle indicazioni delle linee guida nazionali che considerano ottimale una quota del 10%, nella regione Piemonte si sono registrate percentuali molto più alte; il parametro sarà monitorizzato e analizzato per individuare il riferimento migliore in rapporto alla funzione di filtro sui ricoveri.

Tipologie di OBI

TIPO	Collocazione	Responsabilità	Protocolli
Tipo 1	DEA/PS	MeCAU	SI
Tipo 2	DEA/PS	MeCAU, altre strutture	NO
Tipo 3	Extra-DEA/PS	MeCAU, altre strutture	SI
Tipo 4	Extra-DEA/PS	Altre strutture	NO

Nella realtà italiana e piemontese le due tipologie di OBI attivate più di frequente sono il Tipo 1 per i pazienti generali (OBI unità funzionale della MeCAU, collocazione presso il DEA/PS) e il Tipo 4 per i pazienti pediatrici e per le pazienti ostetrico-ginecologiche, in assenza di PS pediatrico e di PS Ostetrico (OBI unità funzionale delle SSCC di Pediatria e di Ostetricia, collocazione presso le stesse strutture).

Dotazioni strutturali e di personale

L'area dedicata all'OBI deve trovarsi preferibilmente in prossimità o all'interno del Pronto Soccorso o dell'Area Semintensiva ed essere composta da camere o box (struttura "open space").

I casi trattabili in OBI, calcolati sul 5-10% degli accessi, richiedono 1 postazione ogni 3000-6000 accessi annui al PS/DEA; per l'OBI pediatrica si prevedono almeno 2 postazioni per ogni UO di pediatria o PS Pediatrico, oppure 1 postazione ogni 4000 accessi pediatrici in PS; queste postazioni, che non rientrano nel conteggio dei posti letto del presidio e non danno origine a ricovero e relativa SDO, devono essere dotate di monitor almeno per il 50% del totale e di attrezzature per fornitura di ossigeno, aria compressa e vuoto.

L'assistenza sia medica sia infermieristica è garantita nell'ambito della MeCAU da personale dedicato e/o da personale in turno presso il PS e/o l'Area Semintensiva. In caso di OBI attivati presso altre strutture ospedaliere (p.es. Pediatria, Ostetricia-ginecologia) l'assistenza medica e infermieristica è garantita dal personale delle stesse strutture.

L'attivazione dell'OBI è subordinata alla presenza di personale destinato ad un'area a medio-alta intensità di processo, data la necessità di frequenti controlli clinici e strumentali che i pazienti in osservazione richiedono, per poter decidere rapidamente il ricovero o le dimissioni in condizioni di sicurezza.

Dotazioni orientative di personale per l'attività di OBI:

- medici > 0,48 U x n° postazioni attivate;
- infermieri > 0,73 U x n° postazioni attivate;
- OSS > 0,22 U x n° postazioni attivate.

Responsabilità e procedure

La responsabilità medica della gestione dei pazienti in OBI è in carico ai medici della MeCAU, in collaborazione con gli altri specialisti ospedalieri, in base alle problematiche attive. Sono previsti percorsi alternativi per i pazienti pediatrici e per le pazienti ostetrico-ginecologiche, con responsabilità in carico agli specialisti pediatri e ginecologi, comprensive della dimissione o del ricovero dei pazienti.

Nelle diverse realtà potranno essere sperimentati ulteriori percorsi OBI con responsabilità o corresponsabilità di altri specialisti (psichiatri, ortopedici o altri ancora); tali percorsi potranno essere dettati da esigenze logistiche (carenza di postazioni OBI in DEA/PS) o di sicurezza dei pazienti e/o del personale, e dovranno essere definiti con procedure specifiche concordate tra gli specialisti coinvolti.

La responsabilità infermieristica della gestione dei pazienti in OBI è in carico al personale del reparto in cui il paziente è assegnato per l'osservazione.

L'attivazione dell'OBI comporta la definizione precisa di un progetto che deve includere:

- l'identificazione del problema principale e di eventuali altri problemi rilevanti;
- le indicazioni per il monitoraggio;
- le indicazioni per l'approfondimento diagnostico;
- le indicazioni terapeutiche;
- l'eventuale progetto assistenziale integrato.

Documentazione

Deve essere prevista una documentazione clinica per tutti i pazienti che sono trattenuti in OBI; la documentazione può essere parte integrale del verbale di PS o essere distinta dal verbale e deve includere anche la registrazione dell'attività infermieristica.

Nel flusso C2 dei dati relativi ad ogni accesso di PS devono essere inclusi, come da precedenti disposizioni regionali e come da Linee Guida Nazionali:

- la data e l'ora della registrazione al triage;
- la data e l'ora della prima valutazione medica;
- la data e l'ora della dimissione;
- la data e l'ora dell'accesso al percorso OBI;
- la data e l'ora della decisione del ricovero;
- la data e l'ora del ricovero effettivo.

Formazione e informazione

Il personale medico e infermieristico impegnato nell'OBI deve essere formato specificamente per l'attività da svolgere, secondo modalità definite nell'ambito di ogni struttura di MeCAU e sotto la responsabilità del Direttore e del coordinatore, privilegiando la modalità di formazione sul campo.

Tutte le strutture ospedaliere devono ricevere informazioni sull'attività di OBI, per conoscere gli obiettivi, per collaborare adeguatamente in riferimento ai percorsi diagnostico-terapeutici interni e alla presa in carico post-dimissione, e per sfruttare al meglio le opportunità offerte dall'OBI a tutto il sistema ospedale.

ELENCO NON ESAUSTIVO DELLE INDICAZIONI ALL'OBII SINDROMI DI PRESENTAZIONE, PATOLOGIE E CONDIZIONI

(P = indicazioni più specifiche per ambito pediatrico)

Sindromi di presentazione

- Dolore toracico
- Dolore addominale
- Dolore agli arti (P)
- Cefalea
- Perdita di coscienza transitoria
- Dispnea
- Febbre
- Trauma cranico minore
- Trauma toracico
- Trauma addominale chiuso
- Trauma degli arti con potenziale rischio evolutivo

Patologie e condizioni

Patologie e condizioni cardio-vascolari

- Fibrillazione e flutter atriale
- Tachicardia sopraventricolare e altre aritmie
- Scompenso cardiaco
- Ipertensione non controllata
- Sincope
- Embolia polmonare a basso rischio
- Trombosi venosa profonda

Patologie e condizioni dell'apparato respiratorio

- Apnea – ALTE/BRUE (P)
- Laringite acuta (P)
- Asma acuto
- Polmonite a basso rischio
- Bronchiolite (P)
- Pneumotorace spontaneo primitivo
- BCO in progressione o riacutizzata

Patologie e condizioni dell'apparato digerente

- Sanguinamento tratto digerente
- Appendicite non complicata
- Diverticolite non complicata
- Sub-occlusione intestinale
- Invaginazione intestinale (P)
- Pancreatite acuta lieve non complicata
- Diarrea e vomito

Patologie e condizioni endocrino-metaboliche

- Disidratazione
- Scompenso glicometabolico e ipoglicemia
- Alterazioni elettrolitiche: ipo-iperkaliemia, ipo-ipernatriemia, ipo-ipercalcemia

Patologie e condizioni neurologiche

- TIA
- Vertigine
- Crisi comiziale
- Crisi convulsiva febbrile (P)
- Disturbi del movimento (P)
- Dolore lombare non traumatico

Patologie e condizioni infettive certe o sospette

- Infezioni dei tessuti molli
- Ascessi peritonsillari
- Artropatie acute/sub-acute

- Pielonefrite acuta e altre infezioni delle vie urinarie

Patologie e condizioni diverse

- Intossicazioni o ingestione di sostanze a rischio tossico
- Elettrocuzione
- Semiannegamento
- Anafilassi e altre reazioni allergiche
- Inalazione e ingestione di corpi estranei
- Linfadenopatie (P)
- Colica renale
- Anemia
- Terapia trasfusionale
- Gestione del dolore (centrale, neuropatico e post-traumatico)
- Osservazione post-procedurale
- Disturbi dell'umore e del comportamento (P)
- Stati di agitazione e patologie psichiatriche (in contesto logistico atto a garantire la sicurezza – di regola presso il reparto di Psichiatria)

Situazioni particolari

- Problematiche sociali e personali di non immediata soluzione
- Supporto a soggetti vittime di violenza
- Supporto ai percorsi di fine vita

Data la continua evoluzione delle indicazioni all'OBI, con possibilità di gestire molteplici sindromi e patologie evitando il ricovero ospedaliero, sono da evitare i blocchi informatici di accesso all'OBI in base alle indicazioni poste dai medici curanti.

E' opportuno valutare regolarmente l'appropriatezza di accesso all'OBI, monitorizzando le indicazioni all'accesso (in base alle evidenze scientifiche e organizzative), i tempi di permanenza e gli esiti.

RIFERIMENTI NORMATIVI E SCIENTIFICI

1. DGR 21/09/2009 n. 15-12160. Approvazione delle Linee Guida regionali per l'OBI nei PS e nei DEA.
2. DM 02/04/2015 n. 70. Definizione degli standard strutturali, qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
3. AGENAS. Progetto di Ricerca Corrente n. 2011. Linee guida di indirizzo e criteri operativi per la strutturazione e il dimensionamento dei servizi di emergenza e urgenza. Gennaio 2014.
4. Ministero della Salute – Gruppo di Lavoro Triage e OBI (Istituito con D.D. del 12/12/2012). Linee Guida Nazionali Osservazione Breve Intensiva (OBI). 2015
5. Conferenza Stato-Regioni. Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui Documenti “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva”, “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”. 01/08/2019 – Atto 143/CSR
6. Decreto Comm 08/10/2012 n. 49 - Regione Abruzzo. Linee di indirizzo in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle aziende USL.
7. DGR 29/03/2016 n. 299 - Regione Basilicata. Modifiche DGR 28/12/2007 n. 1893 – Direttiva in materia di Emergenza/Urgenza Sanitaria: Attivazione dell'OBI nei DEA e nei PSA.
8. Decreto Comm 14/07/2016 n. 67 - Regione Campania. Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania.
9. DGR 30/11/2016 n. 1933 - Regione Puglia. DM n. 70/2015 e Legge di stabilità 2016 - Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza.
10. DGR 30/12/2016 n. 128/CR - Regione Veneto. Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dei PS.
- 11.** Regione Piemonte 15/01/2016 - Fabbisogno personale ospedaliero 1° Bozza <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6238988.pdf> - Accesso 22/02/2021
12. Ministero della Salute - Regione Piemonte 14/06/2017 - Metodo di calcolo del fabbisogno di personale in fase di sperimentazione.
13. Regione Piemonte. Linee di indirizzo per la gestione del percorso del paziente in PS. 20/10/2016 - Prot. n. 22082/A1403A.
- 14.** Policy Statement SIMEU sugli standard per le strutture di MeCAU - 2017 http://www.simeu.it/download/articoli/famiglie/302/2017_06_24_SIMEU_Policy_Statement_Standard_MeCAU_agg.pdf - Accesso in data 22/02/2021.
15. Baugh CW, Wilkerson RG. Observation Medicine. Emerg Med Clin N Am 2017;35(3):503-712.
16. Mace SE. Observation Medicine - Principles and Protocols. Cambridge University Press, 2017.
17. Bukhman AK, Baugh CW, Yun BJ. Alternative Dispositions for Emergency Department Patients. Emerg Med Clin North Am. 2020 Aug;38(3):647-661.

REGIONE PIEMONTE LINEE DI INDIRIZZO PER IL FAST-TRACK

DOCUMENTO FAST TRACK

Il sovraffollamento in ambito sanitario (o Overcrowding) è «[...] quella situazione in cui la richiesta di prestazioni supera la capacità di fornire assistenza di qualità in un lasso di tempo ragionevole [...]»
Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med 2000;35(1):63-8.

Si può dire che

- è un problema comune alla maggior parte delle strutture di emergenza di tutto il mondo;
- è causato da una molteplicità di fattori (sempre maggior ricorso ed attesa di un accesso immediato alla diagnostica strumentale e consulenze specialistiche, diminuzione dei posti letto, diminuzione dei tempi di ospedalizzazione, crisi della figura del Medico di Medicina Generale, modifiche culturali in atto nella comunità, disinformazione della cittadinanza, progressivo invecchiamento della popolazione, popolazione extracomunitaria non in regola con S.S.N., ecc);
- può avere sia conseguenze pericolose nei confronti della salute dei pazienti che innescare problemi medico legali agli operatori sanitari

Poiché non paiono esserci prospettive immediate di inversione di tendenza è indispensabile ricercare correttivi di tipo organizzativo gestionale per contenere le criticità e garantire la presa in carico in tempi e modi adeguati di coloro che accedono in Pronto Soccorso con problematiche di tipo urgente-emergente.

Il percorso Fast Track.

Con il termine Fast Track (percorso veloce) si intende la possibilità di indirizzare alcune specifiche tipologie di pazienti dal triage direttamente allo specialista di riferimento. Hanno il grande vantaggio di “togliere” pazienti dal pronto soccorso generale (abbreviando attese e percorsi). Il fast track e' una procedura operativa infermieristica per la gestione intraospedaliera dei flussi di pronto soccorso individuati come codici bianchi e verdi, relativamente ad alcune patologie definite monospecialistiche. Lo scopo di tale procedura operativa è la strutturazione di un percorso veloce (Fast Track) per ridurre i tempi di attesa in pronto soccorso per i pazienti che non richiedono prestazioni a carattere di emergenza/urgenza, che tendono ormai ad allungarsi a dismisura, fino a raggiungere diverse ore nei periodi di maggiore afflusso. Ciò genera nei pazienti condizioni

di stress elevato che gravano sul personale sanitario del pronto soccorso e si manifestano spesso con grave malcontento se non, talora, con atti di violenza verbale o anche fisica. Pertanto, l'obiettivo del presente documento, oltre a quello di ridurre i tempi di attesa in pronto soccorso dei pazienti con codice basso, è volto al miglioramento dell'efficienza e qualità del servizio, con elevazione del tasso di "customer satisfaction" degli utenti. La diversificazione del percorso dei pazienti con codice bianco/verde per determinate patologie consente inoltre, di garantire una migliore e più efficace assistenza ai pazienti con maggiori criticità (codici gialli, rossi).

Il fast track è un percorso veloce di gestione infermieristica. Il modello organizzativo prevede la possibilità, con le competenze esercitate dall'infermiere di triage, di inviare il paziente direttamente allo specialista bypassando le attività di inquadramento e valutazione clinica del medico di Pronto Soccorso utilizzando specifici algoritmi decisionali. I percorsi più rodati nel tempo riguardano le specialistiche di Oculistica, Otorinolaringoiatria, Dermatologia e Maxillo Facciale. In molte realtà vengono già attivati altri percorsi Fast Track. L'applicazione del fast track fa parte di una serie di risposte che da tempo sono state sperimentate per snellire il flusso dei pazienti in PS riducendo così i tempi di stazionamento in DEA. Inoltre il Fast Track sta valorizzando le elevate professionalità dei triagisti. Il presente documento prende in considerazione i percorsi Fast Track di Oculistica, Otorinolaringoiatria, Dermatologia e Maxillo Facciale, rimandando alle singole realtà la possibilità di estendere il percorso ad altre specialistiche.

Materiali e Metodi.

All'attribuzione del codice colore (Bianco o Verde) per i problemi di pertinenza delle seguenti specialistiche:

- OCULISTICA
- ORL
- DERMATOLOGICA
- MAXILLO/ODONTOIATRICA

l'infermiere di triage attiva, sulla base dei criteri di inclusione/esclusione, il percorso breve previsto, e compila la scheda (informatizzata o cartacea) inerente il "Fast track" attivato.

Dopo la registrazione del paziente, l'infermiere invia direttamente il paziente all'ambulatorio specialistico, secondo le fasce orarie prestabilite e concordate. Nelle ore in cui il Fast Track non è attivo, il paziente rientrerà nel normale percorso di Pronto Soccorso. Si raccomanda che il Fast Track sia attivo almeno 8 ore al giorno dal Lunedì al Venerdì, e 4 ore al Sabato mattina.

Il Medico Specialista.

Esegue la prestazione utilizzando il software di PS (e eventuali altri applicativi) dal quale potrà richiedere prestazioni ed accertamenti “minori” (esami ematochimici, consulenze ecc). In caso di necessità di accertamenti più impegnativi (es. TC) o se lo Specialista ritiene che il paziente meriti una ulteriore valutazione da parte del Medico di PS, il paziente verrà reinviato all’attenzione del Medico di PS per completare l’iter diagnostico.

Espletata la visita, lo specialista competente quindi potrà:

- dimettere direttamente il paziente. In questo modo il paziente non rientra in PS;
- ricoverare direttamente il paziente. In questo modo il paziente non rientra in PS;
- reinviare in PS, previo contatto con il medico di guardia, per eventuali ulteriori accertamenti di rilievo.

Ulteriori prestazioni. Sarà lo Specialista che dimette il paziente a programmare per lo stesso eventuali ed ulteriori accertamenti diagnostico terapeutici differiti nel tempo, per i quali provvederà ad emettere la prescrizione dematerializzata.

Schede Fast Track.

Si riportano di seguito le schede fast Track per le quattro specialistiche sopra richiamate.

Ulteriori accertamenti diagnostici.

E’ in corso di definizione la possibilità che l’infermiere di triage possa inviare un paziente con un trauma minore direttamente ad eseguire l’accertamento radiologico necessario, per poi indirizzarlo al Medico di PS o all’Ortopedico.

SCHEDA FAST TRACK OCULISTICO

COGNOME E NOME:

DATA:

CRITERI DI INCLUSIONE

- Occhio rosso con dolore oculare
- Occhio rosso con riduzione del visus monolaterale (stesso lato)
- Occhio rosso con secrezione
- Riduzione acuta del visus monolaterale insorta da meno di 24 ore, in assenza di trauma
- Corpo estraneo di piccole dimensioni senza dinamica del trauma significativa
- Emorragia sottocongiuntivale
- Complicanza di glaucoma noto

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Infortunio sul lavoro
- Alterazione dei parametri vitali
- Alterazioni del visus non associate ad altra sintomatologia oculare
- Diplopia, emianopsia
- Anisocoria
- Lesioni traumatiche palpebrali
- Traumi oculari o contaminazione con sostanza chimica
- Lesioni post abuso fisico e maltrattamento

ORARIO DI ATTIVITA' DEL PERCORSO FAST TRACK: dal Lunedì al Venerdì dalle X alle Y

ATTENZIONE. Il percorso Fast Track nel quale Lei è stato inserito, non garantisce priorità di visita rispetto ai pazienti già presenti in ambulatorio specialistico

SCHEDA FAST TRACK DERMATOLOGICO

COGNOME E NOME:

DATA:

CRITERI DI INCLUSIONE

- Lesioni cutanee eritematose e/o bollose diffuse associate a sintomatologia generale
- Lesioni cutanee diffuse pruriginose di recente insorgenza
- Lesioni cutanee localizzate eritemato-edematose e dolenti
- Puntura di zecca
- Porpora
- Ascessi associati a sintomatologia dolorosa
- Ustioni I e II grado limitate al 10% (escluso volto, collo, genitali, inguine, ascella o con meccanismo di lesione pericoloso)
- Lesioni melanocitarie anche sanguinanti
- Ulcere genitali di recente insorgenza

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Infortunio sul lavoro
- Altre lesioni cutanee eritematose e/o bollose diffuse associate a sintomatologia generale con compromissione dello stato generale
- Contaminazione cutanea con sostanza chimica
- Porpora e compromissione dello stato generale
- Lesioni post abuso fisico e maltrattamento

ORARIO DI ATTIVITA' DEL PERCORSO FAST TRACK: dal Lunedì al Venerdì dalle X alle Y

ATTENZIONE. Il percorso Fast Track nel quale Lei è stato inserito, non garantisce priorità di visita rispetto ai pazienti già presenti in ambulatorio specialistico

SCHEMA FAST TRACK ORL

COGNOME E NOME:

DATA:

CRITERI DI INCLUSIONE

- Epistassi con controllo della PA
- Otaglia in assenza di trauma cranico
- Disturbi acuti e cronici dell'udito
- Corpo estraneo orecchio/naso
- Ipoacusia in assenza di trauma

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Infortunio sul lavoro
- Se epistassi: TAO in corso, ipertensione con PAS > 190 mmHg e/o PAD > 105 mmHg
- Traumi nasali (prima eseguire rx)
- Recente trauma cranio facciale
- Dolore, fluttuazione a livello della rocca petrosa
- Lesioni post abuso fisico e maltrattamento

ORARIO DI ATTIVITA' DEL PERCORSO FAST TRACK: dal Lunedì al Venerdì dalle X alle Y

ATTENZIONE. Il percorso Fast Track nel quale Lei è stato inserito, non garantisce priorità di visita rispetto ai pazienti già presenti in ambulatorio specialistico

SCHEMA FAST TRACK MAXILLO-FACCIALE

COGNOME E NOME:

DATA:

CRITERI DI INCLUSIONE

- Tumefazione dolente in sede mascellare o mandibolare
- Emorragia gengivale in assenza di TAO
- Frattura avulsione dentale

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Infortunio sul lavoro
- Dolore mandibolare non motivato da evidenti cause locali
- Disfagia, disfonia, odinofagia
- Importante fluttuazione sottorbitaria o sottomandibolare
- Emorragia gengivale in diatesi emorragica
- Lesioni post abuso fisico e maltrattamento

ORARIO DI ATTIVITA' DEL PERCORSO FAST TRACK: dal Lunedì al Venerdì dalle X alle Y

ATTENZIONE. Il percorso Fast Track nel quale Lei è stato inserito, non garantisce priorità di visita rispetto ai pazienti già presenti in ambulatorio specialistico

SCHEMA FAST TRACK ODONTOIATRICO

COGNOME E NOME:

DATA:

CRITERI DI INCLUSIONE

- Emorragia gengivale in assenza di TAO
- Emorragia post estrattive
- Frattura avulsione dentale
- Traumi dento-alveolari
- Infezioni acute ascessuali
- Odontalgia

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Infortunio sul lavoro
- Emorragia gengivale in diatesi emorragica

ORARIO DI ATTIVITA' DEL PERCORSO FAST TRACK: dal Lunedì al Venerdì dalle X alle Y

ATTENZIONE. Il percorso Fast Track nel quale Lei è stato inserito, non garantisce priorità di visita rispetto ai pazienti già presenti in ambulatorio specialistico

TABELLA RIASSUNTIVA PERCORSO FAST TRACK

CHI	COSA	COME
Infermiere Triage	Avvia il percorso Fast Track,	Registrazione paziente su
	identificando i criteri di inclusione ed esclusione	<p>sistema informatizzato con attribuzione codice Bianco o Verde. Posiziona braccialetto identificativo.</p> <p>Compilazione scheda Fast Track informatizzata o cartacea</p> <p>Indirizza paziente all'ambulatorio competente</p>
Opzione 1 Medico Specialista	Esegue prestazione (anche utilizzando esami ecc.) e dimette il paziente	Utilizza stesso programma del PS
Opzione 2 Medico Specialista	Esegue prestazione (anche utilizzando esami ecc.) e ricovera	Utilizza stesso programma del PS
Opzione 3 Medico Specialista	Esegue prestazione e rimanda in PS per ulteriori accertamenti nel caso	Utilizza stesso programma del PS
<p>Medico Pronto Soccorso</p> <p>Solo se paziente inviato dallo Specialista per ulteriori accertamenti</p>	Rivaluta il paziente e completa iter	

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI DEI PAZIENTI E DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

*Documento licenziato nell'ottobre 2019 e rivisto nel marzo 2021
Versione definitiva del 25/03/21*

*Aggiornamento del documento regionale 2016
"Linee di indirizzo per la gestione del percorso del paziente in Pronto Soccorso"*

Documento a cura di:

Franco Aprà – ASL Città di Torino
Giancarlo Avanzi – AOU Novara
Riccardo Boverio – AO Sant'Antonio e Biagio Alessandria
Gian Alfonso Cibinel – ASL Torino 3
Marcello Cottafavi – ASL AT
Giuseppe Lauria – AO Santa Croce Cuneo
Barbara Mitola – AO Ordine Mauriziano
Giorgio Nova – ASL Cuneo 1
Ida Raciti – AOU Città della Salute e della Scienza
Piera Rocca – Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Regione Piemonte
Franco Ripa – Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Regione Piemonte

INDICE DEL DOCUMENTO

Premessa

Obiettivi del documento

Strutture/Servizi/UU.OO. coinvolte nell'applicazione del documento

Accesso del Paziente e gestione in Pronto Soccorso

Sovraffollamento in Pronto Soccorso

Modalità di ricovero

Bed management e continuità assistenziale

Sistema informativo e attività di monitoraggio

Comunicazione ai cittadini ed umanizzazione

Normativa di riferimento e bibliografia

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEI PERCORSI DEI PAZIENTI E DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

PREMESSA

L'emergenza/urgenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario.

In tempi molto brevi è necessario rispondere ad esigenze cliniche imprevedute dei cittadini, con possibili situazioni di pericolo di vita, legate a patologie acute o a complicità di malattie croniche; l'andamento della domanda è peraltro spesso prevedibile nei diversi mesi dell'anno e nell'arco della giornata, in base all'epidemiologia stagionale e all'aumento costante degli accessi nei PS a fine mattinata e nel pomeriggio di ogni giorno. I pazienti devono essere presi in carico e valutati, sottoposti ad idonei accertamenti e avviati in modo corretto al servizio/centro più appropriato, talora anche presso un altro presidio, secondo quanto previsto dalla struttura delle diverse reti di patologia.

La riorganizzazione della rete ospedaliera piemontese di emergenza/urgenza prevede sei aggregazioni di ospedali, tre facenti capo a Torino (Polo Nord, Polo Sud, Polo Ovest) ed le restanti tre rispettivamente ad Alessandria, Novara e Cuneo, tra loro integrate e coordinate nelle funzioni, con articolazione dei nodi della rete secondo la classificazione del DM 70-2015:

- DEA II Livello (centri di riferimento)
- DEA I Livello (centri cardine)
- pronto soccorso semplici
- pronto soccorso di aree disagiate
- punti di primo intervento

Adeguate interazioni con i servizi territoriali e con la continuità assistenziale (medici di medicina generale, guardia medica, Nuclei Ospedalieri di Continuità delle Cure – NOCC, Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure - NDCC etc.), dovrebbero assicurare l'impiego appropriato delle strutture deputate all'emergenza (sistema ET 118 e rete ospedaliera) e l'avvio di percorsi efficienti di cure domiciliari per i pazienti dimessi dai PS, razionalizzando l'uso delle risorse e riducendo inutili doppioni.

La gestione tempestiva dei trasporti inter-ospedalieri, in relazione alle necessità del pronto soccorso e dei punti di primo intervento e in accordo con i centri di riferimento e cardine riceventi, deve ottimizzare il percorso del paziente sulla base di protocolli condivisi.

OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Fornire alcuni indirizzi operativi sulla gestione delle criticità dei percorsi dei pazienti in Pronto Soccorso, con particolare riferimento alla gestione del sovraffollamento

STRUTTURE COINVOLTE NELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO

Per competenza:

- Direzioni Sanitarie
- Servizi Professioni Sanitarie
- Direzioni di Presidio Ospedaliero
- Servizi di PS/MeCAU
- Direzioni di Distretto

Per conoscenza:

- UU.OO. ospedaliere
- 118

Le strutture di Medicina e Chirurgia di Accettazione-Urgenza (MeCAU) hanno la responsabilità primaria per la gestione dei pazienti che accedono al sistema ospedaliero in emergenza e urgenza; svolgono attività di Pronto Soccorso, di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di terapia sub-intensiva (TSI); è auspicabile che tali funzioni siano coesistenti all'interno di una stessa unità operativa e che agiscano in stretta correlazione funzionale con le altre articolazioni organizzative ospedaliere ed aziendali.

ACCESSO DEL PAZIENTE E GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO

Il Pronto Soccorso (PS) ha il compito di provvedere ad una immediata valutazione e al trattamento di pazienti affetti da malattie acute e da lesioni traumatiche o da condizioni di riacutizzazione nel corso di patologie croniche.

Il PS è presidiato da medici dell'emergenza/urgenza e personale infermieristico dedicato e può avvalersi di altri professionisti secondo necessità.

L'assegnazione del codice di priorità all'ingresso in PS è l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività del triage. Non necessariamente il codice colore assegnato corrisponde alla gravità del paziente; infatti soltanto l'integrazione con la successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, permette di disporre degli elementi essenziali per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica del caso. Il tempo intercorrente tra l'arrivo del paziente in ospedale e il triage infermieristico deve essere il più breve possibile e comunque, di norma, non deve superare i 10 minuti.

Per questi motivi è necessario che la gestione della lista d'attesa avvenga ad opera dell'infermiere di triage, formato ad hoc e sulla base di protocolli definiti.

Il livello di urgenza è contrassegnato da un numero (eventualmente abbinato ad un colore), indipendente dall'ordine di arrivo in ospedale:

1. Codice Rosso
2. Codice Arancio
3. Codice Azzurro
4. Codice Verde
5. Codice Bianco.

La metodologia dell'attribuzione della codifica ha permesso negli ultimi decenni di rispondere alle esigenze di gestione di un aumento progressivo della richiesta di prestazioni ospedaliere in PS, peraltro stabilizzate da alcuni anni.

In condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti per i diversi codici gli standard temporali previsti (tempo massimo di attesa) per l'inizio del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale, ponderati sulla base degli studi effettuati dalle società scientifiche e in accordo con la letteratura internazionale.

SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

Il sovraffollamento è la situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali.

Quando il sovraffollamento è costante, generalmente è dovuto al sottodimensionamento del Pronto Soccorso e/o dell'Ospedale rispetto agli accessi, per una reale mancanza di risorse strutturali, tecnologiche, umane e/o di organizzazione.

Le situazioni di sovraffollamento si possono determinare per iperafflusso di pazienti, ma più frequentemente per difficoltà alle dimissioni dai reparti di degenza al territorio, che impediscono ai dipartimenti di accogliere tempestivamente i pazienti da ricoverare provenienti dal PS.

Il sovraffollamento ha gravi conseguenze su:

- PAZIENTI - Peggioramento degli esiti con aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, ridotta soddisfazione del paziente, esposizione agli errori;
- OPERATORI - Mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica, aumento dello stress e del burn out, aumento degli episodi di violenza verso gli operatori stessi;
- SISTEMA - Aumento di durata della permanenza in Pronto Soccorso e della degenza in ospedale.

Per prevenire e gestire situazioni di sovraffollamento le principali azioni da attuarsi sono di seguito descritte.

A livello di rete dei servizi ospedalieri e territoriali

- Definizione di percorsi di "affidamento diretto" per la presa in carico da parte delle Unità Operative Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle stesse (es. *pazienti oncologici- nefrologici- ematologici- supporto trasfusionale-urológicos*).
- Definizione di percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali
- Implementazione di modalità strutturate per l'avvio dei pazienti verso la rete dei servizi sociali e sociosanitari per percorsi complessi.

- Definizione di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent user".
- Definizione di percorsi condivisi tra ospedale e territorio per la gestione del "fine vita".
- Incentivazione della realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) o anche di Case della salute e Ospedali di Comunità, Hospice.
- Attivazione di soluzioni volte a migliorare l'accessibilità ai servizi di continuità assistenziale
- Collaborazione con il sistema di emergenza territoriale, per ottimizzare la gestione dell'afflusso in Pronto Soccorso, nel rispetto delle condizioni cliniche del paziente, tenendo conto dei livelli di affollamento.

A livello di azienda/presidio

- Adozione di protocolli per la gestione di casi clinici specifici (es.: dolore toracico, ictus...);
- Adozione dei percorsi di *Fast Track* per prestazioni a bassa complessità;
- Monitoraggio dei tempi di esecuzione e refertazione di esami e consulenze;
- Individuazione di percorsi dedicati per le prestazioni specialistiche rivolte al Pronto Soccorso;
- Adozione di strumenti di comunicazione (sistemi informativi) volti a condividere con i servizi ed il personale coinvolto i livelli di priorità e le informazioni sullo stato di avanzamento dei percorsi;
- Rilevazione dei carichi di lavoro e adeguamento delle risorse;
- Adeguamento della dotazione organica di personale anche in funzione del ruolo svolto nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza (Pronto Soccorso, DEA I livello, DEA II livello) e della presenza di strutture quali la Medicina d'urgenza, della Terapia sub intensiva, etc;
- Attuazione di strategie di "rinforzo temporaneo" del personale medico, infermieristico e di supporto.

Ogni Azienda dovrà stabilire, dandone anche evidenza formale, un Piano Gestione del Sovraffollamento (PGS), da distinguere dal Piano di Emergenza Interna per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) e da altri piani di Emergenza (p.es. Piano Pandemico).

Il PGS è requisito per l'accreditamento delle strutture sanitarie sede di PS/DEA ed è un obiettivo per le Direzioni Strategiche, da articolare in base alle esigenze locali.

Tale piano deve includere:

- obiettivi fondamentali da perseguire
- azioni implementate o da implementare
 - Posti letto aggiuntivi ospedalieri:
 - (PL interni, OBI, etc.);
 - assegnazione pazienti in barella ai reparti di degenza;
 - attivazione di letti aggiuntivi (identificati a priori come numero ed ubicazione) nei reparti di degenza;
 - ridestinazione temporanea di alcuni posti letto da una disciplina ad un'altra all'interno delle aree di degenza;
 - attivazione di degenze temporanee o trasformazione di degenze da day o week hospital a degenze ordinarie o da degenze chirurgiche a degenze mediche;
 - Supporto al flusso dei pazienti in dimissione (discharge room, bed manager, NOCC, NDCC, ecc.);
 - Accordi con strutture private accreditate;
 - Posti letto aggiuntivi extraospedalieri pubblici (CAVS, RSA, Ospedali Comunità, ecc.);
 - Posti letto aggiuntivi extraospedalieri privati (CAVS, RSA, Ospedali Comunità, ecc.);
 - Percorsi di continuità assistenziale;
 - Cure domiciliari;
 - Azioni con i MMG;
 - Informazioni agli utenti;
 - Altre azioni di interesse (blocco dei ricoveri non urgenti in elezione, sia in area chirurgica sia in area medica);
- individuazione di indicatori per la corretta rilevazione del fenomeno: Per valutare la gravità del sovraffollamento e graduare le relative modalità di gestione, è necessario l'utilizzo di indicatori e/o di sistemi validati (NEDOCS, CEDOCS e SONET) nell'arco delle 24 ore.
- definizione delle relative soglie di criticità e di tempestive modalità di risposta, proporzionate ai livelli di criticità rilevata, atte a favorire/facilitare le fasi di processo e di ricovero evitando incongrui e disagiati stazionamenti di pazienti all'interno del Pronto Soccorso.

- definizione delle responsabilità all'interno dell'Azienda, con identificazione di funzione aziendale di "facilitazione dell'attività di ricovero in emergenza-urgenza" nell'ambito della Direzione sanitaria che assicura:
 - l'attuazione dei piani per il sovraffollamento;
 - il monitoraggio dei tempi complessivi di permanenza in Pronto Soccorso e degli indici di affollamento;
 - il monitoraggio dei tempi intermedi con particolare riferimento al tempo di *boarding* ed ai tempi dei servizi di supporto (diagnostica e consulenze);
 - la rendicontazione alla Direzione Aziendale sui temi di competenza.
- funzione operativa di "Emergency manager" presso il Pronto Soccorso,

Entrambe le funzioni devono essere svolte da personale adeguatamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia.

Le strategie del PGS dovranno avere il più possibile un carattere di proattività, cioè essere volte a prevenire il passaggio a livelli di sovraffollamento o grave sovraffollamento.

L'efficacia delle azioni è misurabile come la capacità dell'organizzazione di rimanere/ritornare nei *range* di "normalità".

MODALITA' DI RICOVERO

Il Medico dell'emergenza/urgenza valuta la situazione clinica dei pazienti che si rivolgono al PS e decide se dimettere o ricoverare il paziente; tale processo occupa un arco di tempo che di regola non deve superare le 6 – 8 ore.

La possibilità di osservazione clinica (Osservazione Breve Intensiva - OBI) è la terza scelta che il medico dell'emergenza/urgenza ha a disposizione nella gestione del paziente acuto, per permettere un migliore inquadramento clinico. L'osservazione consente di migliorare la funzione di filtro, ricoverando solo i pazienti che effettivamente necessitano di cure ospedaliere, e contemporaneamente è una modalità di gestione del rischio clinico che permette di evitare dimissioni inappropriate.

Il passaggio in OBI non deve rappresentare un'alternativa all'impossibilità temporanea di procedere ad un ricovero ordinario.

Qualora ritenga appropriato il ricovero, il Medico dell'emergenza/urgenza dispone il ricovero stesso e decide l'allocazione del paziente, in termini di responsabilità medica (disciplina) e di intensità di cura necessaria.

Il tempo intercorrente tra la decisione del ricovero ed il ricovero stesso dovrebbe essere il minore possibile e comunque non superare le 2 ore.

È necessario che in ogni Presidio venga definito, nella logica di dare la miglior risposta al paziente e considerando l'organizzazione del presidio nel suo insieme, il modello organizzativo adottato per garantire i ricoveri nel setting assistenziale e con la tempistica appropriati e che vengano definiti in uno o più documenti:

- numero di posti letto da dedicare ogni giorno ai ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, per ciascuna Struttura organizzativa e Dipartimento;
- tempistica e logistica da adottare per i ricoveri (orario di comunicazione disponibilità posti letto, orario di comunicazione del numero pazienti da ricoverare, etc.);
- disponibilità del posto letto di norma continuativa sulle 24 ore; durante le ore notturne l'accesso ai posti letto deve comunque essere garantito per i pazienti clinicamente stabili;
- modalità per la gestione di eventuali ricoveri in soprannumero nei singoli reparti rispetto ai letti disponibili (barelle, letti bis o aggiuntivi, occupazione di posti letto in reparti/dipartimenti diversi da quelli di attribuzione del paziente, superamento delle barriere di genere salvaguardando comunque la privacy dei pazienti).

BED MANAGEMENT E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Ogni Azienda deve elaborare il proprio sistema di governance della risorsa posto letto. L'obiettivo consiste nel miglioramento dell'accesso al ricovero, del percorso del paziente durante il ricovero stesso e della fase di dimissione. Per il raggiungimento di tale obiettivo è opportuna l'istituzione della funzione di bed management, soluzione che ha dimostrato efficacia organizzativa in diversi contesti ospedalieri.

Le attività, i compiti e gli obiettivi di tale funzione (bed manager o team di bed management) dovranno essere definiti all'interno di un regolamento aziendale, che deve contenere le modalità organizzative e le attività.:

- costante verifica dello stato di occupazione dei posti letto nelle diverse strutture ospedaliere/reparti;
- monitoraggio delle dimissioni giornaliere, anche nei giorni festivi;
- gestione di situazioni di sovraffollamento in Pronto Soccorso;
- eventuale ricorso a letti aggiuntivi (barelle, letti bis, occupazione di posti letto in reparti/dipartimenti diversi da quelli di attribuzione del paziente);
- collaborazione ed integrazione con il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC), il Servizio sociale ed il Nucleo di Distretto di Continuità Assistenziale (NDCA) per la dimissione del paziente sia da PS sia dai reparti ospedalieri (questa deve avvenire tutti i giorni della settimana, domenica e festivi inclusi al termine del percorso intraospedaliero) e per la valutazione delle priorità, che devono tenere conto delle esigenze del PS.

Ogni Azienda potrà individuare soluzioni organizzative come, ad esempio, la “stanza delle dimissioni” (discharge room) utili a favorire i percorsi di cura del paziente.

Ogni Azienda dovrà stabilire e potenziare le attività volte a semplificare la dimissione ed a facilitare i rapporti con il territorio (NOCC, NDCC). Una dimissione tempestiva è elemento essenziale per assicurare il corretto funzionamento di tutta l'organizzazione e garantire la disponibilità di risorse adeguate in relazione ai percorsi dei pazienti.

Vanno contrastate modalità di dimissione “opportunistiche”, volte a “proteggere” localmente la risorsa posto letto, attraverso l'applicazione di operatività quali quelle sopra suggerite.

SISTEMA INFORMATIVO E ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

È necessario che il sistema informativo aziendale sia di supporto alla gestione dei ricoveri, in particolare siano visibili i posti letto realmente disponibili all'interno del presidio.

Le attività di monitoraggio dovranno prevedere:

- *Ex ante*. Indicatori idonei, in tempo reale, a prevedere situazioni di sovraffollamento, per l'attivazione del PGS
- *Ex post*. indicatori per migliorare e prevenire il fenomeno del sovraffollamento.

Gli indicatori ritenuti più utili per la gestione complessiva dell'attività di monitoraggio sono quelli di processo e di esito interni al Pronto Soccorso:

- LOS (Length of stay) – tempo di permanenza totale in PS
- % di pazienti (codice triage) che si allontana prima visita
- Tempo di attesa per il ricovero (boarding)
- Eventi avversi (cadute, allontanamenti di pazienti a rischio, undertriage, rientri entro 48 ore, eventi legati ad uso di farmaci, ecc).

Si elencano di seguito altri possibili indicatori, statici, dinamici e dinamici temporali, quali per esempio:

- **Statici**:
 - N° PL/barelle/box realmente presidiati in PS
 - N° PL dell'ospedale a cui si può accedere
- **Dinamici di impegno del sistema**:
 - N° complessivo di pazienti in carico al PS
 - N° pazienti critici in carico in PS
 - N° pazienti in attesa di ricovero
 - N° pazienti in attesa di prima visita (in riferimento ai codici di priorità)
 - Indicatori dinamici temporali:
 - Tempo di attesa massimo per la prima visita
 - Tempo di attesa massimo al ricovero

Altri indicatori esterni al Pronto Soccorso da prendere in considerazione possono essere:

- degenza media delle unità operative in relazione al valore standard della degenza media nazionale
- tassi di occupazione dei posti letto

COMUNICAZIONE AI CITTADINI ED UMANIZZAZIONE

È necessario favorire il pieno recupero della centralità del paziente, facendosi carico già in Pronto Soccorso non solo degli aspetti fisici della malattia, ma anche di quelli psicologici, relazionali e sociali; ciò comporta l'esigenza di conciliare le politiche di accoglienza, informazione e *comfort* con l'adozione di percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino.

Risultano, dunque, auspicabili:

- la presenza di strumenti informativi e modalità di supporto all'attesa (monitor per informazione e intrattenimento nonché sistemi di chiamata dei familiari);
- il coinvolgimento del Volontariato;
- l'adozione di iniziative volte al miglioramento del benessere degli utenti e degli accompagnatori in attesa;
- l'identificazione di spazi per garantire idonea accoglienza a persone in condizioni di fragilità (vittime di violenza, bambini, etc.);
- la comunicazione delle modalità organizzative definite nei Presidi sede di Pronto Soccorso per la gestione del sovraffollamento (PGS) (es. pubblicazione sul portale aziendale, carta dei servizi).

NORMATIVA DI RIFERIMENTO E BIBLIOGRAFIA

1. Linee Guida per l'Osservazione Breve e Intensiva nel Pronto Soccorso e nei DEA in applicazione della DGR 16 – 4 – 2008 n. 48 – 8609 (Allegato alla Delibera 15 – 12160 del 21 – 09 - 2009)
2. Nota Regione Piemonte Prot. N. 24654/DB2012 del 23 ottobre 2013 “trasmissione documentazione di supporto metodologico per la predisposizione degli atti aziendali” Allegato 2. Linee di indirizzo per l'organizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione delle Strutture di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di urgenza
3. D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128. Ordinamento interno dei servizi ospedalieri
4. Ministero della Salute-Accordo Stato-Regioni 25 Ottobre 2001. Linee guida su Triage Intraospedaliero.
5. D.G.R. Regione Piemonte n. 43-15182 del 23 marzo 2005. Linee guida su attività di Triage presso i Pronto Soccorso Piemontesi.
6. Regione Piemonte Quaderni Scientifici ARESS n.1, Luglio 2009: Valutazione dell'applicazione delle linee di indirizzo regionali sull'attività di Triage infermieristico presso i Dea della Regione Piemonte.
7. Linee d'indirizzo per l'attività di Triage di Pronto Soccorso. Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, Luglio 2012.
8. Ministero della Salute Raccomandazione 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.
9. Ministero della Salute Osservazione Breve Intensiva (OBI) - Linee guida nazionali Gruppo di lavoro Triage e OBI - Documento di proposta 2015.
10. Regione Piemonte-D.G.R. n 48-8609 del 14 Aprile 2008: Linee guida dell'Emergenza-Urgenza Pediatrica nella Regione Piemonte “Linee guida per la revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria: direttiva alle Aziende Sanitarie Regionali sull'attività di emergenza-urgenza sanitaria al fine di fornire alle Aziende stesse indicazioni finalizzate al raggiungimento dell'omogeneità e della massima efficacia su tutto il territorio regionale”.
11. Deliberazione della Giunta Regionale 19 novembre 2014, n. 1-600 “Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.
12. Deliberazione della Giunta Regionale 23 gennaio 2015, n. 1-924 “Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale”.
13. DM 70 del 2 aprile 2015: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”
14. Deliberazione della Giunta Regionale 28 marzo 2012, n. 27-3628 Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale.
15. Policy Statement 2015 della Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza (SIMEU) sul Sovraffollamento dei PS - http://www.simeu.it/download/articoli/famiglie/302/SIMEU_Policy_Statement_Affollamento_PS_2015.pdf
16. Ministero della Salute - Accordo Stato Regioni 1 agosto 2019. Linee Guida per il Triage – Linee Guida per l'OBI – Linee Guida per il sovraffollamento del Pronto Soccorso.