

Allegato A

LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO PRESSO LA RETE OSPEDALIERA DI EMERGENZA-URGENZA

0. SOMMARIO

1. PREMESSA.....	2
2. MISURE PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA NEI PS	2
Accesso in pronto soccorso: Triage	3
Gestione attesa/abbandoni	3
Ambulatori codici minori	5
Percorso Fast Track.....	5
See and Treat.....	6
Esito trattamento dal Pronto Soccorso	6
Criteri predefiniti di identificazione del sovraffollamento e attività conseguenti	8
Customer satisfaction	11
3. MISURE SPECIFICHE PER LA GESTIONE DEL BOARDING	11
Individuazione di criteri comuni nella definizione delle dotazioni di posti letto dei reparti ospedalieri a disposizione dei centri PS	12
Tempi massimi per le consulenze	12
Bed Management	13
Istituzione della figura del bed manager territoriale.....	13
4. MISURE PER INCREMENTARE L'APPROPRIATEZZA DEGLI ACCESSI AL PS	14
Compagna informativa per l'accesso appropriato al PS.....	14
Violenza sugli Operatori Sanitari	14
5. APPENDICE 1	16
MANUALE DI TRIAGE	16
6. APPENDICE 2.....	34
CONDIZIONI CLINICHE CHE CONSENTONO/ESCLUDONO L'ATTIVAZIONE DEI PERCORSI DI FAST TRACK	34

1. PREMESSA

In ottemperanza alle indicazioni ministeriali emanate con l'Accordo Stato Regioni del 01/08/2019: "*Linee di indirizzo nazionale sul Triage Intraospedaliero*", "*Linee di indirizzo nazionali sull'Osservatorio Breve Intensiva*" e "*Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*", recepite con la DGR n.1457/2019, la Regione Marche ha attivato un percorso per il potenziamento delle attività di Emergenza-urgenza e dato mandato agli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di avviare specifiche azioni di miglioramento, al fine di ridurre le criticità. Dopo una prima sperimentazione, attuata con DGR n.734/2022, è stato strutturato un monitoraggio settimanale delle attività, su piattaforma "on line", che ha consentito di condividere con il gruppo di lavoro composto dai Direttori dei Pronto Soccorso regionali (sia delle strutture ospedaliere, sia sede di DEA) di base e coordinato dal Settore Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Ricerca, le problematiche delle singole strutture e le modalità operative intraprese da ognuno per gestirle, come ad esempio:

- implementazione dei percorsi di gestione dei pazienti (fast track);
- potenziamento e istituzionalizzazione del ruolo del "bed manager";
- iniziative di networking: rafforzamento della rete "a monte" dei PS con la centrale operativa di riferimento per migliorare la distribuzione degli accessi e "a valle" con i servizi territoriali per agevolare i ricoveri e i trasferimenti;
- automonitoraggio/studio del fenomeno attraverso la piattaforma regionale o, in alcune strutture, con l'impiego aggiuntivo di strumenti analitici (preferibilmente il sistema NEDOCS - *National Emergency Department Overcrowding Study*) che "fotografano" la situazione di affollamento e sono in grado di fornire feedback utili alla gestione del fenomeno.

Inoltre, al fine di conseguire l'omogeneizzazione delle procedure organizzative, nonché il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in pronto soccorso attraverso l'implementazione delle linee di indirizzo regionali, il gruppo dei referenti ha redatto il presente documento.

2. MISURE PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA NEI PS

La presa in carico globale del paziente, in risposta ai bisogni di salute, deve essere garantita dalle strutture sanitarie del SSR che erogano prestazioni sanitarie in un'ottica di efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona, attraverso un sistema sanitario di offerta organizzato in reti, così come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018. Per ciò che attiene le reti cliniche tempo-dipendenti, previste dal DM 70/2015, il Servizio per l'emergenza territoriale 118 rappresenta l'elemento cruciale per la definizione di un sistema integrato di diagnosi precoce e cura territoriale, basato sulla collaborazione di ospedali e servizi interdipendenti, operanti in rete per garantire i migliori risultati con un impiego ottimale di risorse. Le centrali Operative (CO) svolgono le funzioni di processazione delle chiamate di soccorso, identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo fino al luogo dell'evento per il trasporto del paziente nel più breve tempo possibile all'ospedale più adeguato, garantendogli un trattamento pre-ospedaliero nel rispetto delle linee guida internazionali. Nelle more della revisione dell'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza, così come definita nella L.R. n. 36/1998, il Pronto soccorso (PS) rappresenta il nodo strategico della rete, sia in caso di paziente che si presenta direttamente con mezzi propri sia in caso di trasporto da parte del 118. Poiché l'accesso diretto al PS può comportare un rischio potenziale di ritardo diagnostico, e quindi di trattamento, risulta importante incrementare la percentuale di pazienti che richiedono l'intervento del 118 mediante campagne informative rivolte al cittadino. Come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2019, in PS vanno attuati protocolli operativi di valutazione rapida per ridurre i tempi di attesa, facilitare la diagnosi e il conseguente avvio al percorso terapeutico più appropriato.

Accesso in pronto soccorso: Triage

L'accoglienza delle persone che giungono in PS viene espletata dal Triage, una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso al trattamento. Tale attività deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore e gli infermieri devono aver eseguito un adeguato percorso formativo ed essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalle norme di accreditamento e dalle disposizioni nazionali vigenti. Da un punto di vista metodologico il processo di Triage si articola in quattro fasi:

1. Valutazione immediata (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con alterazioni critiche di una o più funzioni vitali che necessitano di un intervento immediato.
2. Valutazione analitica soggettiva e oggettiva: viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata) e la rilevazione di segni clinici e parametri vitali; tiene conto della documentazione clinica disponibile, anche in relazione a precedenti accessi.
3. Decisione di Triage: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, nell'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e nell'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
4. Fase della Rivalutazione: consiste nella rivalutazione periodica (codici a rischio evolutivo) o a chiamata (per tutti i codici) dei pazienti in attesa, con particolare riferimento alle condizioni cliniche e ad eventuali nuovi bisogni assistenziali.

Al termine di ogni valutazione è possibile confermare o modificare il codice di priorità assegnato e quindi il percorso del paziente. Il ruolo di grande rilevanza strategica assunto dal Triage all'interno dei servizi di PS, il progressivo affinamento delle metodologie di valutazione e la necessità organizzativa di creare percorsi basati sulla complessità dei pazienti, ha reso necessario modificare il vecchio sistema di codifica a quattro codici colore in uno, più performante, a cinque diversi livelli di priorità decrescente. Ciò è in linea anche con le attuali evidenze scientifiche internazionali. In appendice 1 nel documento denominato "**Manuale di Triage**" sono dettagliate le modalità di attribuzione del codice di priorità.

In condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti per i diversi codici gli standard temporali previsti (tempo massimo di attesa). La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di triage, è l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio dei pazienti in attesa, mediante rilievo periodico dei parametri soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute. Considerata una fase fondamentale dell'attività di triage, permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale che potrebbero portare ad una modificazione del codice di priorità assegnato; consente, allo stesso tempo, di rassicurare il paziente e/o i familiari e gli accompagnatori sulle condizioni cliniche, in modo che la percezione dell'utente sia di una presa in carico continuativa. La rivalutazione deve avvenire ad intervalli predefiniti per la casistica a rischio evolutivo ed a chiamata per tutti i pazienti. Le soluzioni strutturali devono comunque consentire una costante sorveglianza "a vista" dei pazienti in attesa. I pronto soccorso inoltre devono adottare percorsi specialistici dedicati o fast track direttamente a partire dal triage sulla base della valutazione infermieristica e nel rispetto di protocolli condivisi e specifiche modalità organizzative.

Gestione attesa/abbandoni

L'attesa in Pronto soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio sanitario. L'esperienza ed il ricordo dell'attesa e del tempo trascorso in coda sono inconvenienti che possono diminuire il livello di qualità di servizio percepito dall'utente. Oltre ad attuare ogni strategia volta a ridurre il tempo dell'attesa (e delle attese intermedie) è necessario intervenire per evitare che questo tempo pregiudichi le condizioni di salute o più in generale il benessere del paziente. È dunque necessario favorire il processo d'umanizzazione in Pronto Soccorso a garanzia del recupero della centralità del paziente, facendosi carico non solo degli aspetti fisici della malattia, ma anche di quelli psicologici, relazionali e sociali, conciliando

politiche di accoglienza, informazioni e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino. Risultano dunque auspicabili strumenti informativi e modalità di supporto all'attesa quali la presenza di volontari, di sistemi tipo monitor per l'informazione e l'intrattenimento, o altre iniziative volte al miglioramento del benessere degli utenti e degli accompagnatori in attesa, come la predisposizione di diversi spazi per le fasi del percorso (pre e post-visita). Dovranno inoltre essere identificate soluzioni specifiche, anche strutturali, per l'attesa di gruppi particolari di pazienti (pazienti con agitazione psico-motoria, vittime di violenza, bambini, ecc.) Particolare attenzione deve essere posta alla rivalutazione del paziente/utente in attesa, in particolare dei soggetti in condizioni di fragilità e/o disabilità. Un fenomeno rilevante legato alla fase dell'attesa, sia prima che dopo la visita medica, è quello degli abbandoni che è stato inserito negli indicatori che contribuiscono alla valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali e che permettendo di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza regionali ed aziendali. Gli indicatori con performance ottima si localizzano sulla fascia verde mentre quelli con performance scarsa si trovano sulla fascia rossa. Nel percorso Emergenza-Urgenza, nei report del 2022, di seguito riportati, si nota un aumento del numero degli abbandoni dal PS che determina un peggioramento della performance della Regione Marche. Necessario quindi migliorarne la gestione presso tutti gli Enti del SSR.





Ambulatori codici minori

Al fine di ridurre i fenomeni di sovraffollamento in Pronto Soccorso vengono stimulate iniziative organizzative finalizzate a differenziare le attività di presa in carico per i codici a minor urgenza (bassa criticità). In particolari contesti locali potranno essere attivate specifiche collaborazioni funzionali con professionisti delle cure primarie al fine di ridurre gli accessi non appropriati o le non urgenze in Pronto Soccorso.

Percorso Fast Track

In adempimento a quanto stabilito dalle indicazioni ministeriali, all'interno del PS devono essere realizzati percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS facilitando contemporaneamente l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri.

Il FAST TRACK o "percorso breve" è una procedura operativa per la gestione intraospedaliera delle prestazioni di Pronto Soccorso per pazienti con patologie minori, ben definite, e con interessamento d'organo o apparato limitato e circoscritto. Tale procedura consiste nella strutturazione di un "percorso veloce" che includa l'attivazione di protocolli condivisi "ad hoc" che, sulla base di criteri di inclusione ed esclusione, avviano il paziente direttamente dalla sede del triage, alla specifica visita specialistica.

Gli obiettivi principali di questo percorso sono:

- la riduzione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso per quei pazienti che non richiedono prestazioni a carattere di emergenza/urgenza e che, non trovandosi in condizioni di particolare complessità, possono accedere direttamente alla prestazione specialistica, su valutazione dell'infermiere di triage, attraverso l'applicazione di protocolli condivisi con il personale medico di riferimento;
- migliorare la qualità percepita dall'utente rispetto al Pronto Soccorso ed al Servizio Sanitario in genere;
- ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso.

Il "fast track" deve essere applicato in tutte le strutture ospedaliere quale strumento necessario ed indispensabile per migliorare i percorsi intraospedalieri, da attivare per il maggior numero di discipline presenti e per tutte le condizioni cliniche consentite (in appendice 2 sono riportati alcuni esempi di scheda operativa).

Possono essere previsti, in via sperimentale, in specifici contesti, di concerto con la Direzione Medica Ospedaliera (DMO), percorsi organizzativi ed amministrativi che consentano al medico specialista di completare l'iter diagnostico o di ricoverare direttamente il paziente, senza reinviarlo all'attenzione del medico del PS, qualora non siano necessari eventuali ulteriori accertamenti di rilievo.

See and Treat

Altro modello organizzativo possibile per il trattamento di alcune urgenze minori, sulla base delle indicazioni nazionali, è il See and Treat (tecnicamente, vuol dire "*guarda e tratta*") che non può prescindere dall'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici per la gestione della casistica a bassa intensità di cura. Tale modalità assistenziale non può essere adottata nell'approccio a sintomatologie che necessitano di approfondimenti specialistici (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie...) ma per i soli casi previsti dai protocolli approvati dalla Direzione Sanitaria che devono prevedere modalità di rivalutazione del paziente atti a garantire che al mutare della condizione clinica, il paziente possa essere reinserito nel percorso assistenziale di Pronto Soccorso. Il personale infermieristico che svolge l'attività di See and Treat, deve essere in possesso di formazione specifica, applicare le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicurare il completamento del percorso. Dopo la fase di triage che definisce il caso come trattabile con il See and Treat, l'infermiere, nella zona dedicata, esegue l'accertamento e le necessarie prestazioni adeguate alla risoluzione del problema (alcuni esempi: rimozione tappo di cerume, otite esterna, epistassi, rinite, cisti sebacee, foruncolo, idrosadenite, pediculosi, paterocchio, geloni, punture di insetti, ritenzione di zecca, ustioni minori, abrasioni, sostituzione catetere vescicale, etc.). I protocolli prevedono anche la possibilità da parte dell'infermiere del See and Treat, se necessario, di avviare il paziente ai percorsi "Fast Track".

Esito trattamento dal Pronto Soccorso

Il tempo di permanenza in PS di un paziente destinato al ricovero non deve superare le 8 ore dal momento della presa in carico e comprende tutto il percorso del paziente all'interno del P.S., inizia con l'ingresso della persona da assistere, la sua accoglienza, la valutazione di Triage, la sua presa in carico e la gestione dell'eventuale attesa; continua con le successive fasi di visita medica ed inizio del percorso diagnostico terapeutico di P.S., fino a uno dei possibili esiti:

- destinazione in OBI;
- ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (riportare l'orario in cui il paziente afferisce al reparto di degenza);
- trasferimento, a carico della struttura di P.S. come da normativa vigente, presso altra struttura per acuti;
- dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il ritorno presso strutture ambulatoriali ospedalieri (follow up).

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)

Se necessario, nel rispetto dei criteri di appropriatezza ministeriali, l'iter di P.S. può esitare nell'invio della persona in OBI. Questa fase, differente e successiva al precedente iter di P.S., deve avere una durata **non inferiore alle 6 ore e non può superare le 44 ore totali** dalla presa in carico al triage in P.S. Il trattamento in OBI può esitare a sua volta in:

- a) ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall'ora di dimissione dall'OBI) o trasferimento presso altra struttura per acuti;
- b) dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il controllo presso strutture ambulatoriali dell'Azienda sanitaria (follow up).

L'OBI, considerata dal punto di vista organizzativo come una unità funzionale del Pronto Soccorso, costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti:

- ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo
- a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo

aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali. Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo.

Non costituiscono criteri di ammissione in OBI:

- l'instabilità dei parametri vitali;
- il rischio infettivo;
- l'agitazione psicomotoria con comportamenti lesivi per sé o per gli altri;
- le condizioni che richiedono ricovero in urgenza;
- i ricoveri programmati;
- tutte le attività e/o prestazioni erogabili in altre modalità assistenziali (ambulatorio, DH).

L'O.B.I. non deve essere utilizzata come supporto per la gestione di:

- ricoveri programmati;
- attività eseguibili in regime ambulatoriale o di day hospital;
- carenza di posti letto in altre unità operative, in attesa del ricovero del paziente;
- pazienti già destinati a dimissione dopo la valutazione in Pronto Soccorso.

Al fine di descrivere l'attività dell'OBI si individuano i seguenti indicatori di utilizzo e di performance, con le rispettive indicazioni di calcolo e soglie per ognuno dei cinque individuati:

		INDICATORE	RIFERIMENTO	CALCOLO	SOGLIA
DI UTILIZZO	1	TEMPO DI PERMANENZA IN OBI	24 H DALL'INGRESSO IN PS O IN OBI	N° CASI CON PERMANENZA IN OBI > 24 H / TOTALE ACCESSI IN OBI	≤ 5%
	2	PAZIENTI DIMESSI	N° PAZIENTI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI DIMESSI / TOTALE ACCESSI OBI	≥ 90 %
	3	PAZIENTI RICOVERATI	N° PAZIENTI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI RICOVERATI / TOTALE ACCESSI OBI	≤ 10 %
	4	PATOLOGIE IMPROPRIE	TABELLA PATOLOGIE CON CRITERI di INCLUSIONE IN OBI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI INAPPROPRIATI / TOTALE ACCESSI OBI	< 5 %
DI PERFORMANCE	5	PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS < 24H	N° PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS < 24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI E TOTALE DIMESSI OBI	N° CASI CON RIENTRO IN PS < 24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI/TOTALE DIMESSI DA OBI	< 5%

All'interno del dipartimento di Emergenza-Urgenza di II livello, centro hub per i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) tempo-dipendenti regionali, potrà essere valutata l'opportunità di organizzare una "Intermediate Care Unit", livello assistenziale intermedio tra la degenza ordinaria e intensiva, finalizzata a rendere più appropriato l'utilizzo dei posti letto intensivi e dedicata a pazienti complessi e con molteplici comorbidità che non sono così critici da richiedere assistenza intensiva, ma con necessità e complessità cliniche che superano le possibilità di un reparto di degenza ordinaria.

La permanenza dei pazienti presso il Pronto Soccorso deve rispettare i tempi massimi previsti dall'Accordo Stato Regioni del 01/08/2019, di seguito riportati:

FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI	
TRIAGE	1. Assegnazione della priorità 2. Assegnazione ad uno specifico percorso 3. Rivalutazione nell'attesa	1. Invio diretto in sala d'emergenza 2. Assegnazione ad un ambulatorio 3. Avvio di un <i>fast track</i> 4. Prestazione diretta (<i>See and treat</i>)		Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: 8 ore	
PRONTO SOCCORSO	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (<i>follow up</i>)		
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti		
		Invio in O.B.I.			
O.B.I.	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (<i>follow up</i>)		Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti		Massimo 44 ore dall'inizio della presa in carico al <i>triage</i>

Criteri predefiniti di identificazione del sovraffollamento e attività conseguenti

Il sovraffollamento dei PS è un fenomeno diffuso sia a livello regionale, sia a livello nazionale che internazionale. Esso è dovuto, non solo all'aumento degli accessi, spesso inappropriati, ma anche al blocco in uscita dei pazienti, a causa di risorse logistiche, strumentali e professionali insufficienti (es: indisponibilità di posti letto dedicati nei reparti ospedalieri, scarsa disponibilità per dimissioni protette, ritardi nella risposta diagnostica/consulenza ecc..). Tale fenomeno ha un impatto negativo sia sui pazienti (peggioramento degli outcome: minore qualità delle cure erogate, ridotta soddisfazione dell'utente, aumento della mortalità ecc..), sia sugli operatori (burn out,

fenomeni di aggressione contro gli stessi operatori ecc.), sia sul sistema (aumento permanenza in PS spesso in condizioni precarie di degenza, su barelle e in ambienti non idonei come i corridoi ecc.). Si tratta pertanto di un problema dei sistemi sanitari che si manifesta nei PS/DEA, ma riguarda tutta la filiera delle cure, dal territorio all'ospedale.

Ciascuna struttura ospedaliera del SSR sede di PS dovrà predisporre un piano di gestione del sovraffollamento (PGS) da distinguere dal PEIMAF (che prevede l'attuazione di specifiche misure organizzative nelle maxi-emergenze), con l'obiettivo di contenere i tempi di permanenza e, in situazioni in cui il normale funzionamento dei PS è impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria e le risorse disponibili, di garantire la tutela e la sicurezza dei pazienti e degli operatori in tali situazioni. Tale piano dovrà essere aggiornato almeno una volta l'anno, preferibilmente nei mesi che precedono gli incrementi prevenibili dalla domanda, e modulato in base alla domanda emergente, alla disponibilità delle risorse, all'evoluzione delle variabili organizzative e all'impatto su tutte le attività ospedaliere.

Il PGS, la cui responsabilità è affidata al Direttore Medico di Presidio che si occuperà anche della diffusione interna del documento, dovrà contenere:

- **flussi informativi sull'affollamento del PS:** le modalità di "misurazione" del sovraffollamento, devono essere uniformi in tutti i PS. Uno dei sistemi più validati in letteratura è il NEDOCS Score (*National Emergency Department Overcrowding Study*) (vedi paragrafo successivo)
- **soglie di attivazione e responsabili delle risposte organizzative,** attraverso il diretto coinvolgimento delle Direzioni Mediche e dell'intera struttura ospedaliera, estendendo il numero dei professionisti sanitari a supporto del personale del PS in situazioni di sovraffollamento, in particolare:
 - ✓ Direttore Medico di Presidio, Direttore DEA, Direttore PS e Servizio Professioni Sanitarie (SPS) che hanno la responsabilità sugli interventi reattivi a risposta intermedia;Inoltre, il sistema informatico e le segnalazioni degli operatori permettono il monitoraggio e la verifica dell'andamento boarding e del livello di affollamento, dei carichi di lavoro in PS e nei reparti, e dell'impatto sulle attività;
- **risposte organizzative:** Il Pronto Soccorso è un sistema a domanda non fissa e non programmata a cui dovrebbe rispondere una capacità produttiva modificabile in base alle necessità, al fine di ottenere una maggior fluidità del percorso. Nella stima della domanda va tenuto conto di diverse variabili quali le diverse fasce orarie del giorno e nei giorni della settimana, gli aspetti epidemiologici particolarmente rilevanti e prevedibili in alcuni mesi dell'anno (es. epidemia influenzale), aspetti organizzativi degli ospedali che impattano significativamente con l'organizzazione del Pronto Soccorso (es. riduzione delle dimissioni dai reparti nel fine settimana, riduzione temporanea di posti letto e personale per le ferie estive etc.). Per poter quindi effettuare un'analisi ed una più accurata programmazione, è necessario che i sistemi informatici dei PS consentano un monitoraggio puntuale dei diversi momenti della giornata e anche un'indagine retrospettiva.

In seguito gli interventi da mettere in atto:

Interventi proattivi: scelti tra gli interventi sul sistema e sui processi che migliorano l'efficienza delle risposte e consentono di ridurre il ricorso agli interventi reattivi e che si suddividono in due categorie:

Interventi sull'organizzazione e sui flussi attivati stabilmente o in occasione di periodo di prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza:

- attivazione di percorsi rapidi da triage per patologie specifiche oltre a quelli individuati come minimi da attivare (fast track);
- definizione di tempi standard orientativi per l'effettuazione delle consulenze e per l'ottenimento dei referti di laboratorio e di diagnostica per immagini, con differenziazione in base al codice di gravità attribuito al paziente e al presunto impatto dei risultati sulla gestione dei casi;
- attivazione e potenziamento della funzione centralizzata di gestione della risorsa posti letto (bed management);

- incremento disponibilità per dimissioni protette, con possibilità di attivazione dei percorsi anche dal PS/DEA mediante protocolli condivisi con i componenti dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) e le strutture residenziali presenti sul territorio;
- pianificazione di un numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del PS e monitoraggio della durata di degenza dei pazienti;
- attivazione delle dimissioni dai reparti anche nei giorni pre-festivi e festivi in particolare per i pazienti che non richiedono un percorso di presa in carico territoriale.

Interventi sulle risorse attuati in anticipo rispetto a periodi di prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza:

- modulazione delle modalità di impiego dei posti letto ospedalieri in base alla domanda emergente e ai picchi prevedibili di accesso;
- definizione di un piano operativo per l'eventuale messa in disponibilità di posti letti aggiuntivi;
- rimodulazione degli organici ed adeguata programmazione dei periodi di assenza del personale.

Interventi reattivi incrementali: attivati eccezionalmente in raccordo con la Direzione medica di presidio/sanitaria, in base all'organizzazione del presidio, alle risorse attivabili e al superamento delle soglie per gli indicatori adottati:

- 1° livello (risposta rapida 1-3h) impiego di posti letto in reparti diversi da quelli di competenza, privilegiando l'area dipartimentale, eventualmente attivando risorse aggiuntive in PS/DEA (postazioni, personale);
- 2° livello (risposta intermedia 1-3gg):
 - ✓ modulazione/limitazione dell'attività non urgente in elezione, sia in area chirurgica che medica;
 - ✓ potenziamento della funzione "bed management" e organizzazione di eventuali unità di pre-ricovero (*holding units*) o pre-dimissione (*discharge room*).

STRUMENTO MISURAZIONE SOVRAFFOLLAMENTO

Al fine di identificare e monitorare le condizioni di sovraffollamento è necessario che ogni P.S. si doti di uno strumento (il più diffuso è il NEDOCS) che sia in grado di "fotografare" la situazione di affollamento e fornire feedback utili alla gestione del fenomeno, valutando i seguenti items:

- numero dei letti di PS (OBI);
- numero letti dell'ospedale;
- n. totale dei pazienti in PS (OBI+ Letti bis+ barelle nei corridoi + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione + pazienti in attesa triage)
- n. utenti ventilati con respiratore in PS;
- tempo di attesa massimo per il ricovero (in ore);
- n. totale utenti in attesa di ricovero;
- tempo di attesa massimo da triage.

I valori ricavati sono divisi in sei classi, ognuna caratteristica di una determinata situazione di sovraffollamento:

Range punteggio	Risultato valutazione del Pronto Soccorso
0-20	"Not busy" – Sottoimpegnato
21-60	"Busy" -Impegnato
61-100	"Extremely busy but not overcrowded"- Molto impegnato
101-140	"Overcrowded" -Sovraffollato
141-180	"Severely overcrowded" -Gravemente Sovraffollato
>181	"Dangerously overcrowded"-Pericolosamente Sovraffollato

Analizzati questi valori sarà possibile arrivare a decifrare l'affluenza e il decorso di coloro che attendono in sala d'attesa. Riuscire a calcolare le risorse disponibili può agevolare i sanitari nel processo di ottimizzazione delle

stesse. A livello Regionale per sovraffollamento si intende il momento di saturazione di spazi e attrezzature, formalizzata mediante l'invio di apposita comunicazione alla Direzione Medica Ospedaliera.

Di seguito il metodo di calcolo dell'indice NEDOCs:

$$\text{SCORE NEDOCs} = 85.8 (C/A) + 600 (F/B) + 13.4 (D) + 0.93 (E) + 5.64 (G) - 20$$

Indicatore	Descrizione
A	Numero totale dei posti letto in PS, inteso come il numero totale di postazioni in cui può essere posto un paziente in attesa e quindi letti, barelle, sedie (i letti OBI inclusi)
B	Numero totale di letti in ospedale da flusso HSP, inclusi i reparti che normalmente non accettano ricoveri in urgenza ma possono essere utilizzati in fasi di sovraffollamento grave. Sono invece escluse le discipline che non ricoverano dal PS come ad es. la lungodegenza
C	Numero dei pazienti presenti in PS (dal triage all'OBI).
D	Numero di respiratori in uso in PS
E	<i>Admit time</i> : il tempo di attesa massimo per ospedalizzazione (per il ricovero) e quindi il tempo di boarding
F	Numero di pazienti in attesa di ospedalizzazione, cioè il numero di pazienti in boarding
G	<i>Reg-time</i> : il tempo massimo dal momento di ingresso in pronto soccorso alla visita, considerando il massimo tra il tempo dell'ultimo paziente visitato e quello dell'ultimo ricoverato

In strutture ospedaliere a specifica vocazione (es. geriatrica o pediatrica) potranno essere previste modifiche dei parametri presi in considerazione per il calcolo dello score e per la definizione di sovraffollamento.

Customer satisfaction

Nel processo di implementazione di percorsi specifici volti al miglioramento della performance di presa in carico e cura del cittadino presso il Pronto Soccorso, si raccomanda di attivare un monitoraggio periodico del livello di soddisfazione dei pazienti, attraverso un sistema di raccolta dati tipo "customer satisfaction" finalizzato a:

- analizzare la qualità percepita dagli utilizzatori finali del servizio (indagare l'attuale grado di umanizzazione all'interno dei servizi di pronto soccorso, dove per umanizzazione, secondo la definizione fornita dal Ministero della Salute, si intende *"la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino"*);
- comprensione delle motivazioni che spingono i pazienti a rivolgersi al PS piuttosto che ai Medici Medicina Generale (MMG) o Pediatri di Libera Scelta (PLS); infatti, mentre per i casi più gravi il pronto soccorso è un percorso obbligato, per gli altri dovrebbe essere l'alternativa meno indicata.

Al fine di facilitare la somministrazione dei questionari potrebbe essere auspicabile il coinvolgimento degli operatori degli Uffici Relazioni Pubbliche e delle Associazioni di volontariato che operano all'interno della struttura.

3. MISURE SPECIFICHE PER LA GESTIONE DEL BOARDING

Il medico dell'emergenza/urgenza valuta la situazione clinica dei pazienti che si rivolgono al PS e decide se dimettere o ricoverare; tale processo occupa un arco temporale che di regola *non deve superare le 6 ore*, in coerenza con quanto previsto dal livello nazionale. La possibilità di osservazione clinica (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 e migliorare la funzione di filtro. In ogni caso, il passaggio in OBI non deve rappresentare un'alternativa all'impossibilità temporanea di procedere ad un ricovero ordinario. Qualora si ritenga appropriato il ricovero, il medico dell'emergenza/urgenza dispone lo stesso e decide l'allocazione del paziente, in termini di responsabilità medica e di intensità di cura necessaria. *Il tempo intercorrente tra la decisione del ricovero ed il ricovero stesso deve essere il minore possibile e comunque non superiore alle 2 ore.*

In ogni presidio ospedaliero si dovrà procedere a definire, con apposito documento, il modello organizzativo adottato per garantire i ricoveri nel setting assistenziale più appropriato e con la giusta tempistica:

- n. posti letto, per ciascun reparto, da dedicare ogni giorno ai ricoveri provenienti dal PS;
- tempistica e logistica da adottare per il ricovero (orario comunicazione posti letto, n. pazienti da ricoverare, etc); nelle ore notturne l'accesso al letto deve essere garantito per i pazienti clinicamente stabili;
- modalità per la gestione di eventuali ricoveri in sovra numero nei singoli reparti rispetto ai letti disponibili (barelle, letti bis o aggiuntivi, occupazione posti letto in reparti diversi da quelli di attribuzione dei pazienti).

Individuazione di criteri comuni nella definizione delle dotazioni di posti letto dei reparti ospedalieri a disposizione dei centri PS

I ricoveri in regime ordinario/programmato, gestiti autonomamente dalle singole UU.OO, devono tenere conto che una quota significativa dei posti letto ordinari di area medica e di area chirurgica devono essere dedicati giornalmente ai ricoveri dal pronto soccorso. Il numero dei posti letto da mettere a disposizione da parte di ogni UO va definito giornalmente dalla DMO sulla base di una approfondita analisi di diversi fattori (es. numero totale di posti letto per ogni area, tasso di occupazione, liste di attesa dei ricoveri, numero trasferimenti interni/esterni, trend giornaliero di ricoveri provenienti da PS, etc.).

Per ciò che attiene le strutture del privato convenzionato, i cui posti letto rientrano nel computo della dotazione regionale complessiva, la quota dei posti letto da dedicare ai ricoveri in urgenza andrà concordato in base agli accordi tra le singole Aziende Sanitarie Territoriali (AST) e le strutture private accreditate e convenzionate che insistono nel territorio di competenza.

Tempi massimi per le consulenze

Al fine di ridurre complessivamente la permanenza in Pronto Soccorso ed evitare problematiche di gestione del boarding, i tempi per l'esecuzione di indagini diagnostiche (radiologiche e di laboratorio) e consulenze e le relative fasi di attesa sono aspetti strategici da considerare nell'organizzazione del percorso del paziente. È necessario, pertanto, procedere alla misurazione dei tempi di erogazione, agire sull'appropriatezza delle richieste, valutare la capacità dei servizi di supporto e definire la disponibilità di prestazioni diagnostiche e consulenze in relazione alle fasce orarie di accesso. La tempestiva esecuzione e refertazione delle prestazioni diagnostiche, non solo per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso, ma anche per i pazienti degenti, consentirebbe talora un maggiore turn over del posto letto. In caso di indisponibilità nella fascia oraria di accesso di consulenze utili a completare l'inquadramento diagnostico del paziente, queste devono essere assicurate mediante percorsi facilitati entro le successive 24-36 h, a seconda del caso clinico e della prestazione da effettuare.

Richiesta di Consulenza:

- Il Medico del PS contatta direttamente lo specialista attraverso un numero telefonico dedicato (cellulare, cordless) che ogni U.O. deve identificare;
- La consulenza, salvo eccezioni, deve essere preferenzialmente espletata presso i locali del Pronto Soccorso e registrata nell'apposita scheda informatizzata, indicando gli orari di richiesta e l'esito della consulenza;
- In situazioni di particolare gravità e per specifiche tipologie di richiesta, i tempi di consulenza devono essere compresi tra 1 e 2 ore dalla richiesta, ad eccezione di situazioni particolari in cui lo specialista è impossibilitato ad intervenire per gravi ragioni opportunamente documentate.

Richiesta di Diagnostica

Per far fronte alle richieste di esami radiologici in urgenza di primo livello (radiologia tradizionale ed ecografia) e di secondo livello (TAC) sarebbe auspicabile che ogni DEA disponesse di un servizio di radiologia dedicato al PS. In ogni caso, sulla base della priorità si riportano di seguito le tempistiche per l'erogazione delle prestazioni della diagnostica per immagini:

PRIORITÀ 1	PRIORITÀ 2	PRIORITÀ 3
Condizioni cliniche e assistenziali		
– Pazienti non autosufficienti con funzioni vitali e parametri non stabili – Pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale.	Pazienti non autosufficienti con funzioni vitali e parametri stabili	Pazienti autosufficienti o parzialmente autosufficienti
– Trauma maggiore – Dispnea e/o O₂ terapia in atto – Parametri vitali alterati – Dolore NRS ≥7 – Alterazioni del sensorio – Disturbi comportamentali	– Allettamento – O₂ terapia in atto – Paziente anziano non accompagnato da familiari – Disorientamento spazio-temporale	
Tempistica refertazione		
Minor tempo possibile	Entro 1 ora	Entro 3 ore

Bed Management

Ogni struttura ospedaliera deve garantire una gestione corretta e tempestiva della risorsa posto letto facilitando l'incontro tra domanda ed offerta, attivando misure correttive o integrative. Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso l'istituzione della funzione di bed management (BM), afferente alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero, affidata ad un infermiere con capacità organizzative, gestionali, relazionali, di mediazione e conoscenze informatiche. Tale figura professionale collabora con il referente medico di pronto soccorso, si rapporta con la direzione medica di presidio per gli aspetti organizzativi e si avvale anche della collaborazione di tutte le altre figure istituzionalmente coinvolte nei processi di ricovero e dimissione delle persone assistite nelle varie unità di degenza. Ciascuna struttura ospedaliera definirà la fascia oraria giornaliera in cui sarà attiva tale funzione, sulla base delle necessità organizzative. Le attività da garantire sono:

- verifica costante dello stato di occupazione dei posti letto nelle unità operative;
- monitoraggio delle dimissioni giornaliere;
- collaborazione alla gestione del sovraffollamento in Pronto soccorso secondo modalità definite;
- eventuale ricorso a letti aggiuntivi (barelle, letti bis, occupazione posti letto in reparti diversi da quelli di attribuzione);
- collaborazione con il territorio per le dimissioni dei pazienti sia dal Ps che dai reparti ospedalieri;
- reportistica quotidiana dei letti resi disponibili rispetto a quelli richiesti.

Istituzione della figura del bed manager territoriale

Le attività di "Continuità di cure Ospedale-Territorio" sono gestite dall' Unità Valutativa Integrata (UVI) che ha l'obiettivo di garantire continuità delle cure e integrazione ospedale-territorio alle persone ricoverate a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. E' fondamentale che ciascuna struttura ospedaliera condivida un percorso con il territorio che permetta ai professionisti (medico e infermiere) dell'U.O. di area medica/chirurgica di dimettere tempestivamente i pazienti che potrebbero necessitare di una continuità delle cure in un regime assistenziale di minore intensità. Il medico e l'infermiere dell'U.O. tramite l'invio di specifica richiesta informatizzata (SIRTE) attivano il referente dell'UVI che provvede ad una valutazione precoce (entro 24-48 h dalla richiesta) del paziente ed identifica l'idonea destinazione in una delle strutture territoriali. Tale percorso consente di garantire una dimissione protetta dei pazienti creando una stretta interrelazione tra la fase del ricovero ospedaliero e la presa in carico dei servizi territoriali, perseguendo l'umanizzazione delle cure.

A tale scopo sarebbe utile affiancare al Bed Manager ospedaliero la figura del **Bed Manager Territoriale** con funzioni di raccordo con le strutture extra ospedaliere al fine di efficientare il percorso di dimissione protetta e ridurre i tempi di degenza inappropriati.

4. MISURE PER INCREMENTARE L'APPROPRIATEZZA DEGLI ACCESSI AL PS

Al fine di promuovere un ricorso più appropriato al Pronto soccorso, risulta necessario approfondire le situazioni che potrebbero trovare un'adeguata risposta e presa in carico presso le strutture di cure primarie territoriali come ad esempio gli accessi "doppi" e quelli ripetuti (frequent users). Le principali strategie organizzative da mettere in campo prevedono la definizione di percorsi per:

- l'*affidamento diretto*, previ accordi tra medico di assistenza primaria e specialista della UO Ospedaliera che si occupa della presa in carico del paziente (es. oncologici o con patologie croniche);
- la gestione delle urgenze ambulatoriali (richieste di prestazioni con priorità di tipo U-urgenza)
- la tempestiva ed efficace continuità assistenziale per percorsi complessi attraverso il coinvolgimento della rete dei servizi sociali e sociosanitari;
- la presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent users";
- la gestione del "fine vita" con particolare riferimento ai pazienti in ADI e in strutture protette
- l'implementazione di servizi medico-sanitari alternativi di facile accesso e caratterizzati da una maggiore disponibilità nel rispondere alla domanda di assistenza territoriale.

Un ulteriore aspetto rilevante è quello relativo all'appropriatezza dell'autopresentazione o dell'indirizzamento dei pazienti verso una specifica struttura (Hub vs Spoke, PS generale vs accesso specialistico). La differenziazione dei punti di accesso risponde alla necessità di rendere più tempestiva la presa in carico del paziente da parte della struttura più appropriata.

Compagna informativa per l'accesso appropriato al PS

In molte situazioni, il ricorso all'ospedale come soluzione primaria nella scelta dei cittadini, risulta essere condizionato da diversi fattori legati sia alla dimensione culturale sia ad una risposta inefficace del sistema territoriale/di cure primarie. Di conseguenza, il grado di allarmismo e l'esigenza di immediatezza nelle risposte influenzano l'uso spesso inappropriato dei servizi di pronto soccorso. Il diritto alla salute e alle cure deve essere veicolato da forme di comunicazione e informazione mirate ad educare al corretto ricorso ai servizi socio-sanitari. Per perseguire questo obiettivo può essere utile:

- coinvolgere le figure note come opinion leader dell'informazione in campo sanitario;
- attivare processi innovativi efficaci attraverso mezzi di comunicazione più vicini alla realtà cittadina allo scopo di favorire un cambiamento nel comportamento sociale a livello sistemico;
- promuovere la conoscenza dei servizi sanitari disponibili, le modalità di accesso e il loro corretto utilizzo per incrementare la responsabilità del cittadino.

Una campagna informativa efficace dovrebbe consentire al singolo cittadino di orientarsi autonomamente nella rete dei servizi, di essere più informato, più consapevole e competente nel riconoscere il proprio bisogno assistenziale e capace di individuare la struttura più adeguata a soddisfarlo.

Violenza sugli Operatori Sanitari

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi esiste anche il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come "*ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro*". Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo. Gli episodi di aggressioni a operatori sanitari e sociosanitari, soprattutto nel pronto soccorso, sono un fenomeno in crescita.

Risulta pertanto necessario implementare misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e favorire l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi. A tal riguardo, ciascuna struttura sanitaria si deve impegnare ad implementare un programma di prevenzione della violenza, che miri a:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- rafforzare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- realizzare interventi strutturali e di tipo formativo per migliorare la gestione delle aggressioni in pronto soccorso (es. messa in protezione dell'ingresso/triage del PS, installazione di telecamere con sistemi di video registrazione h 24, sistemi di notifiche tramite pulsanti per segnalare alle Forze dell'Ordine le situazioni critiche, corsi di formazione per l'acquisizione di comportamenti appropriati da tenere in caso di aggressioni);
- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture;

Il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, quale quello frontline, facilita lo svolgimento di attività quali l'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità; il monitoraggio degli episodi di violenza verificatisi nella struttura, la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare e la realizzazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza.

Inoltre, al fine di aumentare la sensibilizzazione di tale problematica il Ministero della Salute ha lanciato la **campagna #laviolenzanoncura**, rivolta alla popolazione in generale, che prevede i seguenti obiettivi:

- informare la popolazione generale dell'esistenza e della dimensione del fenomeno.
- sensibilizzare la popolazione sulla gravità che rivestono gli atti di violenza nei confronti del personale sanitario.
- promuovere un sentimento positivo nei confronti degli operatori sanitari che dovrebbero essere visti come professionisti quotidianamente impegnati a far funzionare al meglio un servizio fondamentale per la comunità e come tali da rispettare ancora più dell'ordinario.
- ricostruire il rapporto di fiducia con la popolazione, che valorizzi il lavoro dei professionisti della salute impegnati a far funzionare il sistema sanitario grazie alla loro dedizione e professionalità.

La campagna è declinata sulle diverse professioni sanitarie e socio-sanitarie e sono stati messi a disposizione i poster e locandine da utilizzare presso le proprie strutture sanitarie e socio sanitarie (<https://www.salute.gov.it/portale/professioniSanitarie/dettaglioCampagneProfessioniSanitarie.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=170>).

5. APPENDICE 1

MANUALE DI TRIAGE

6. SOMMARIO	
1. INTRODUZIONE	18
2. ASPETTI GENERALI	18
DEFINIZIONE DI TRIAGE	18
FINALITÀ.....	18
MODELLO DI RIFERIMENTO	18
3. CODICI DI PRIORITÀ	19
4. PROCESSO DI TRIAGE	21
VALUTAZIONE IMMEDIATA (sulla porta)	21
VALUTAZIONE SOGGETTIVA ED OGGETTIVA	22
VERIFICA DEI PARAMETRI VITALI (ADULTO E PEDIATRICA)	25
LA DECISIONE DI TRIAGE.....	25
LA RIVALUTAZIONE	25
5. INFERMIERE DI TRIAGE	25
FORMAZIONE ABILITANTE	26
6. REQUISITI STRUTTURALI	27
RISORSE TECNOLOGICHE E UMANE.....	28
7. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	28
DOCUMENTAZIONE CLINICA.....	29
L'ERRORE AL TRIAGE	29
8. CONDIZIONI PARTICOLARI	30
MALTRATTAMENTI	30
SUI MINORI	30
SULLE DONNE	31
SUGLI ANZIANI	31
DISTURBO ACUTO DEL COMPORTAMENTO	31
9. SISTEMA DI VERIFICA-INDICATORI.....	31

7. INTRODUZIONE

Il presente documento è stato condiviso e aggiornato dal gruppo di lavoro regionale composto dai Direttori dei PS degli Enti del SSR e coordinato dal Settore Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Ricerca dell'Agenzia Regionale Sanitaria, con l'intento di uniformare le modalità operative di gestione del processo di triage per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure.

8. ASPETTI GENERALI

DEFINIZIONE DI TRIAGE

Il triage è considerato il primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in P.S. ed è *“una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento”*. Rappresenta l'inizio del processo di cura, garantendo da subito un'assistenza il più adeguata possibile alla situazione e alle necessità dei pazienti (primi interventi assistenziali, informazione, sorveglianza e gestione dell'attesa, ottimizzazione del percorso clinico-assistenziale, ecc...). È una funzione che deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore.

Per quanto riguarda il sistema ospedaliero di emergenza urgenza *pediatrica* è fondamentale considerare il bambino e la sua famiglia. I minori hanno diritto di avere accanto a sé, in ogni momento, i genitori o chi esercita la potestà genitoriale, di essere ricoverati in reparti idonei e di essere assistiti da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche emotive e psichiche proprie e della propria famiglia.

FINALITÀ

Gli obiettivi principali che deve perseguire l'attività di triage in Pronto Soccorso sono:

- identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento o a specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali;
- attribuire a tutti i pazienti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alle loro criticità presenti e considerando il potenziale rischio evolutivo;
- sorvegliare i pazienti in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- contribuire all'ottimizzazione del processo di cura del paziente anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es. patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili);
- gestire e modificare le priorità clinico-assistenziali sulla base delle risorse, contesti e necessità contingenti;
- garantire la continua presa in carico dei pazienti in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili.

Cruciale è il rapporto relazionale che l'infermiere di Triage sviluppa con il paziente e con i suoi familiari, aumentando così il grado di collaborazione degli stessi.

MODELLO DI RIFERIMENTO

Il Triage, in Pronto Soccorso, in quanto funzione complessa caratterizzata dalla presenza di numerose variabili cliniche, organizzative, relazionali e situazionali che si embricano tra loro in un contesto complesso, richiede a professionisti e istituzioni un approccio sistemico, fondato su uno specifico modello di riferimento, che propone metodi strutturati, appropriati e validati e definisce criteri per la predisposizione di un adeguato panel di strumenti operativi.

In Italia, i sistemi maggiormente implementati si ispirano per lo più al *modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari*, che si avvale di metodi per la valutazione di specifici aspetti clinici validati in letteratura e adatti al contesto (dolore, raccolta anamnestica ecc.), e utilizza specifici concetti riguardanti gli aspetti essenziali dei principali quadri clinici che si presentano in PS (segni, sintomi e rischio evolutivo); riconosce inoltre la necessità di possedere adeguate capacità comunicative e di gestione dello stress. L'infermiere svolge un ruolo centrale e determinante in quanto figura professionale a cui spetta l'identificazione dei bisogni della persona, la valutazione

delle sue necessità, la pianificazione degli interventi e l'attivazione di tutte le risorse necessarie, attraverso l'utilizzo di protocolli, procedure e tutti gli strumenti del moderno processo di nursing. I presupposti fondamentali su cui si basa questo modello sono:

- accoglienza e presa in carico da parte di un professionista sanitario, infermiere, specificamente formato;
- approccio globale alla persona, accompagnatori, situazione;
- garantire l'assegnazione di un codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato.

9. CODICI DI PRIORITÀ

Il codice di priorità esprime l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di triage basata sugli elementi raccolti durante le fasi della valutazione e sul ragionamento clinico basato sul rischio evolutivo. Mediante l'assegnazione del codice di priorità l'infermiere di triage decide e comunica alle unità di cura l'ordine di presa in carico dei pazienti. Non necessariamente il codice di priorità assegnato al triage corrisponde alla gravità del paziente, soltanto l'integrazione con la successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, permetterà di disporre di quegli elementi per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica del caso.

Il sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità e 5 non urgenza (vedi Tabella 1).

TABELLA N 1 TRIAGE: codifica a 5 livelli di priorità e tempi di attesa

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza apparente rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

Per ogni codice viene indicato la denominazione, la definizione e il tempo massimo di attesa all'area di trattamento che va dall'accesso immediato per il codice 1, ai 240 minuti per la non urgenza. Le differenze sostanziali rispetto la precedente codifica a quattro livelli/codici colore si rilevano nella stretta relazione fra codice e tempo di accesso all'area di trattamento o attivazione del percorso assistenziale (Tabella 2).

TABELLA 2 NUOVA CODIFICA DI PRIORITÀ E TEMPO MASSIMO DI ATTESA

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

– **Codice 1 / Rosso** Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali

È una condizione che richiede un intervento immediato; non può esservi tempo di attesa. La definizione fa riferimento alla perdita della funzione respiratoria, cardiocircolatoria o neurologica in atto o con una compromissione tale da presumere un rischio imminente di morte.

– **Codice 2/ Arancione** Rischio di compromissione di una o più funzioni vitali, d'organo o di apparati.

Sono condizioni che comportano una minaccia imminente per la vita, ovvero sono quelle situazioni che dopo la valutazione di triage vengono definite “a elevato rischio evolutivo”, con possibilità di peggioramento e compromissione delle funzioni vitali in pochi minuti. Per compromissione di funzioni d'organo o apparato si intendono anche tutte quelle situazioni in cui non vi è un reale rischio per la vita dell'individuo, ma esiste il rischio della perdita di funzione di un organo se non si interviene in tempi brevi. Possono rientrare anche le situazioni di dolore severo, correttamente rilevato.

– **Codice 3/Azzurro** Condizione senza rischio evolutivo ma con sofferenza e ricaduta sullo stato generale.

Non vi sono rischi evolutivi evidenti, ma il paziente è in uno stato di discomfort tale che richiede un intervento specifico, a volte complesso. In questo codice rientrano generalmente situazioni con dolore moderato correttamente rilevato. In questa tipologia possono rientrare la richiesta di prestazioni o percorsi complessi per organizzazione o risorse necessarie.

– **Codice 4/ Verde** Condizione senza rischio evolutivo

Solitamente richiede prestazioni/percorsi non complessi. I pazienti senza rischi evolutivi hanno parametri vitali normali e dolore lieve, per i quali sono necessari solitamente interventi a bassa complessità o l'attivazione di specifici percorsi predeterminati da protocolli (Fast Track, See & Treat ecc.).

– **Codice 5/ Bianco** Condizioni non urgenti, di minima rilevanza clinica

Sono usualmente problemi cronici oppure patologia di minima rilevanza clinica e con scarso o nullo dolore per le quali possono essere previsti altri percorsi: day-hospital, day-service, poliambulatori, medico di medicina generale, case della salute.

Stabilire la priorità d'accesso all'area di trattamento non significa fare una diagnosi ma individuare quali pazienti hanno bisogno di cure immediate e quali possono attendere la valutazione medica senza correre rischi. È importante ricordare che vi sono condizioni che possono concorrere alla decisione del codice da assegnare, o in ogni caso possono essere un criterio per stabilire a parità di codice come procedere per l'ingresso dei pazienti, ricordando che a parità di codice l'ordine temporale di arrivo è l'ultimo dei criteri per l'accesso alla visita. Tali condizioni vengono definite "*modifieri*":

- problemi legati alla gestione della sala di attesa;
- presenza di protocolli e percorsi specifici per patologie tempo-dipendenti;
- tipologia di struttura ospedaliera;
- percorsi interni codificati;
- età, gravidanza, disabilità;
- condizioni di fragilità.

Questi modificatori possono far variare il codice di priorità o la gestione del percorso di cura.

PROTOCOLLI/PERCORSI DI TRATTAMENTO DI PATOLOGIE TEMPO-DIPENDENTI

Il trattamento delle patologie come l'ictus ischemico acuto e l'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è strettamente correlato al tempo che intercorre dall'insorgenza dei sintomi alla somministrazione della terapia (trombolisi o angioplastica primaria), per cui, più si riducono i tempi, maggiore è l'efficacia terapeutica. Alla luce di ciò, i protocolli specifici per la gestione di tali patologie tempo-dipendenti differenziano la presa in carico dei pazienti con codici di priorità maggiori al fine di fornire loro la miglior cura nella tempistica più appropriata.

10. PROCESSO DI TRIAGE

Il processo di Triage è utilizzato per determinare le priorità e i bisogni di assistenza in emergenza. Si tratta di una sequenza logica di fasi fra loro concatenate, tali da determinare un esito. L'esito è la decisione, vale a dire l'assegnazione del codice di priorità e la gestione della situazione che può tradursi in attivazione di percorsi o attuazione di misure assistenziali in relazione a protocolli definiti.

Le quattro principali componenti della valutazione sono:

- 1. Valutazione immediata (sulla porta);**
- 2. La raccolta dati (soggettiva e oggettiva);**
- 3. La decisione di triage;**
- 4. La rivalutazione.**

VALUTAZIONE IMMEDIATA (sulla porta)

Il triage inizia quando si osserva il paziente entrare in Pronto soccorso per cui è importante mantenere il controllo visivo dell'area di accesso per ottenere da subito informazioni rilevanti e capire eventuali necessità assistenziali (per es. carrozzina/barella ecc.). Questa prima fase deve essere garantita a tutti i pazienti che accedono in Pronto Soccorso *entro 5 minuti dall'arrivo*, anche in situazioni di particolare sovraffollamento.

L'infermiere oltre ad osservare l'aspetto generale della persona per intercettare tempestivamente i soggetti che necessitano di un intervento immediato, valuta:

- *Pervietà delle vie aeree (A= airway);*
- *Respiro (B= breathing);*
- *Circolo (C= circulation);*
- *Deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza (D=disability).*

Il codice di priorità può anche essere attribuito immediatamente se l'infermiere rileva, già in questa fase iniziale, condizioni pericolose per la vita, oppure assegnato dopo una più accurata valutazione soggettiva e oggettiva. L'aspetto generale del paziente e l'ABCD sono valutati durante tutta l'interazione che l'infermiere ha con il paziente. Ogni significativa deviazione dalla norma richiede interventi immediati e non si procede con ulteriore valutazione.

- **aspetto generale:** il paziente appare sofferente o malato? o ha un aspetto salubre? Qual è la prima impressione sulla postura del paziente, sull'andatura, sul colorito, sull'interazione con gli altri e con l'ambiente? Qual è l'espressione del viso? L'espressione appare di dolore, timore, confusione? È solo, accompagnato? Magari sorretto? Giunge con mezzi propri o con ambulanza? Che atteggiamento assumono gli accompagnatori?
- **Pervietà delle vie aeree:** è presente un segno di ostruzione (per es. portarsi le mani al collo)? Il paziente assume un decubito per facilitare il passaggio dell'aria? Sono udibili rumori respiratori (stridori, sibili, rantoli)? Tosse?
- **Respiro:** osservare i movimenti toracici: sono superficiali, profondi, rapidi, lenti? c'è l'utilizzo dei muscoli accessori? Il paziente interrompe il dialogo per respirare?
- **Circolo:** colorito cutaneo. È pallido, cianotico, itterico, arrossato, marezzato? La cute è asciutta o sudata? Emorragia in atto?
- **Deficit neurologici o alterazioni dello stato della coscienza:** è vigile, assopito o irritabile?

L'obiettivo del Triage sulla porta è quello di identificare i pazienti in pericolo di vita e farsi una idea generale delle condizioni di coloro che accedono in pronto soccorso al fine di ottenere quelle informazioni necessarie a mirare il seguito del processo di valutazione rispetto al flusso di pazienti.

VALUTAZIONE SOGGETTIVA ED OGGETTIVA

La valutazione inizia con l'intervista al paziente e/o con gli eventuali accompagnatori/famigliari al fine di precisare:

- Sintomo principale;
- L'evento presente;
- Il dolore;
- I sintomi associati;
- La storia medica passata.

L'intervista contempla aspetti tecnici, relazionali e comunicativi. Si tratta di un momento fondamentale del processo valutativo. In alcuni casi non è attuabile per ovvi motivi legati alla necessità di agire tempestivamente, per cui si privilegia il trattamento assistenziale-terapeutico. In questi casi è comunque fondamentale l'abilità dell'infermiere di triage di allertare prontamente l'equipe per attivare percorsi specifici, e nel gestire il flusso dei pazienti in modo da non ostacolare la gestione dell'emergenza.

Il **sintomo principale** è il problema di salute per cui il paziente si reca in Pronto Soccorso. È necessario fare una distinzione tra il sintomo principale e la "causa dichiarata". La "causa dichiarata" è una dichiarazione molto breve che descrive il motivo per cui è richiesta una visita d'urgenza, a volte coincide con il sintomo principale identificato dall'infermiere, altre volte la causa che dichiara il paziente porta l'infermiere a generare più ipotesi che danno inizio alla valutazione e che vengono confermati o smentiti in base alle notizie ricevute durante l'intervista. Al termine del processo di valutazione deve essere chiaro qual è il sintomo principale. Le domande iniziali dovrebbero essere sempre aperte in modo da offrire al paziente lo spazio per descrivere il suo problema. La conferma o la migliore definizione del sintomo principale possono avvenire anche al termine dell'intero processo di valutazione e comunque sempre prima dell'assegnazione del codice di priorità. Durante l'intervista è importante tenere sempre la mente aperte a tutte le notizie, informazioni che ci fornisce il paziente, in quanto potrebbero comunque tornarci utili in un secondo momento.

L'evento presente è la fase del processo in cui, attraverso domande mirate, si cerca di capire e ricostruire la dinamica dell'evento che ha portato il paziente a manifestare il sintomo che ha riferito. Si analizzano quindi le circostanze dell'evento e ora di insorgenza dei sintomi, la dislocazione del problema, la descrizione del problema,

il meccanismo del trauma, la progressione dei sintomi dall'insorgenza a quel momento e l'eventuale trattamento effettuato prima dell'arrivo. La ricostruzione dell'evento è fondamentale per poter formulare eventuali complicanze o ipotesi di lesioni in altre sedi.

La **valutazione del dolore** rappresenta il motivo di maggior afflusso presso i Pronto Soccorso. Compito dell'infermiere valutarlo, registrarlo ed attuare procedure assistenziali pertinenti. Uno strumento utile per una valutazione rapida del dolore, in specifiche condizioni cliniche, può essere la scala mnemonica PQRST:

P(provocato/alleviato):

- "Cosa ha scatenato il dolore?"
- "Cosa lo fa migliorare o peggiorare?"
- "Cosa stava facendo quando è cominciato?"

Q(qualità):

- "Che tipo di dolore è?"

R(irradiazione/regione interessata):

- "In che zona ha dolore?"
- "È irradiato o rimane lì fisso?"

S(severità/intensità):

- "Quanto è intenso?"
- "Somministrazione di una scala di valutazione del dolore"

T(tempo):

- "Quando è cominciato?"
- "Da quanto tempo ha dolore?"
- "È costante o intermittente?"

La valutazione del dolore influisce enormemente nella decisione di triage. In alcune categorie di pazienti vanno identificate specifiche modalità alternative per la rilevazione (es. bambini, persone con disturbi di coscienza, demenza, etc.).

Altresì importante è approfondire la storia medica passata per la corretta attribuzione del codice di priorità (es. ricostruzione degli eventi che hanno condotto alla malattia o al trauma, storia medica e chirurgica passata, farmaci assunti con i relativi dosaggi e orari, allergie a farmaci cibi o altro con descrizione della reazione manifestatasi, abitudini di vita, fumo, alcool o l'uso di sostanze tossiche, etc.).

La valutazione oggettiva consiste nella rilevazione dei segni clinici, dei parametri vitali e nell'analisi della documentazione sanitaria disponibile.

Al termine del processo di valutazione i dati raccolti portano a confermare o smentire il sintomo principale dichiarato dal paziente o eventualmente ipotizzato dall'infermiere all'inizio del colloquio. Nel caso in cui il sintomo principale inizialmente ipotizzato dovesse trovare conferma al termine della raccolta dati si procede alla decisione di triage. Nel caso contrario si procede a una nuova ridefinizione del problema.

Nell'età evolutiva, la presenza di alcune *situazioni particolari* (ad esempio, paziente barellato, abuso/maltrattamento, disagio familiare/domicilio presso una comunità) e/o *comorbidità* (cardiopatie, disabilità, disturbi neuro – psichiatrici, fibrosi cistica, immunodeficienza congenita o acquisita, patologia sindromico – malformativa/malattie rare, prematurità, problematiche emato – oncologiche), rappresentano dei criteri per assegnare un codice di priorità superiore e consentire dunque al paziente di essere valutato ed assistito prima.

VERIFICA DEI PARAMETRI VITALI (adulto e pediatrica)

I parametri vitali sono espressioni di funzioni i cui valori esprimono lo stato di salute dell'organismo umano, sono rilevabili in modo standardizzato e costituiscono parte essenziale della valutazione oggettiva. Durante la fase di triage e di rivalutazione, la loro rilevazione e monitoraggio consente di identificare precocemente un cedimento o potenziale peggioramento di una funzione vitale. È ritenuta necessaria in tutti quei casi dove la valutazione soggettiva, l'osservazione e l'esame fisico del paziente evidenziano disfunzioni di organi vitali in atto o situazioni cliniche mediche o traumatiche possibilmente evolutive. A seconda dei casi specifici comprendono la misurazione di:

- Pressione arteriosa sistolica (PA max) e diastolica (PA min).
- Frequenza cardiaca (FC);
- Frequenza respiratoria (FR);
- Temperatura corporea (TC).

A questi considerati “parametri classici” si aggiungono:

- Dolore;
- Livello di coscienza misurato con GCS (Glasgow Coma Scale) o con l’AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive);
- Saturazione periferica di O₂ (SpO₂) misurata con pulsiossimetro.

Per la gestione del dolore, in particolare, deve essere redatto un protocollo specifico per tutti i pazienti che accedono al Pronto Soccorso.

In età pediatrica la rilevazione dei parametri vitali tiene conto delle specifiche scale di valutazione (ad esempio Scala FLACC, Wong-Baker o NRS per la rilevazione del dolore, GCS Pediatrica, Clinical Dehydration Score ecc.) e delle seguenti peculiarità:

- La diminuzione della pressione arteriosa è un segno tardivo e quindi non molto utile per avviare o guidare un trattamento precoce;
- La misurazione corretta della temperatura corporea viene effettuata con il termometro elettronico, collocato in sede ascellare;
- Per quanto concerne il dolore si deve fare riferimento alle scale analogiche
- Livello di coscienza misurato con GCS (Glasgow Coma Scale) modificata o con l’AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive). E’ importante altresì valutare la reattività pupillare, secondo l’acronimo **PERRL** (**P**upils **E**qual, **R**ound, **R**eactive to **L**ight);
- Saturazione periferica di O₂ (SpO₂) misurata con pulsiossimetro. Fonti di “errore” nella misurazione della SpO₂ sono rappresentate da: interferenza luce ambientale, eccessivo movimento del paziente, ipoperfusione periferica, anemia (la misurazione è meno attendibile se il valore dell’emoglobina è inferiore a 5 gr/dl), presenza di emoglobine patologiche (la misurazione è meno attendibile se vi è una elevata percentuale di metaemoglobina), intossicazione da monossido di carbonio (in questo caso, il valore della SpO₂ risulta falsamente normale), coloranti (blu di metilene, verde di indiocianina, smalto ungueale).
- Peso corporeo del bambino, espresso in kg. Tale parametro è utile per valutare l’eventuale stato di disidratazione (tabella 4) e per la somministrazione di eventuali liquidi e/o farmaci. Qualora tale parametro non fosse noto, è possibile calcolarlo secondo la formula seguente: **Peso (kg) = (età in anni + 4) x 2**. Se peso stimato > 40 kg, seguire gli schemi diagnostico – terapeutici previsti per i pazienti adulti.
- Pediatric Trauma Score con relativa previsione di mortalità.

Per quanto riguarda l’età pediatrica, inoltre, è necessario considerare anche altri due parametri vitali: *Il tempo di Refill Capillare (RC)* ed *il peso corporeo*.

Il tempo di RC è importante perché consente la valutazione dello stato di perfusione del bambino; in particolare, si determina il tempo che la cute (sede sternale o eminenza ipotenar palmo della mano) impiega a riprendere il suo colore normale, dopo essere stata sottoposta ad una pressione per 5 secondi. Normalmente, il tempo di RC è inferiore a 2 secondi. Il peso corporeo è fondamentale per l’intervento terapeutico, dal momento che, in età pediatrica, il dosaggio di tutti i farmaci è espresso per kg di peso corporeo.

Occorre altresì considerare che, nel bambino, tutti i parametri vitali, eccetto la saturazione di O₂, sono età-dipendenti nelle diverse fasi dell’accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente); pertanto, per definirne la loro normalità, è necessario fare riferimento a specifiche tabelle. Il personale infermieristico deve essere adeguatamente preparato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e la sua famiglia. Inoltre, particolare attenzione dovrà essere posta alla rivalutazione in quanto il bambino non è sempre in grado di manifestare il mutamento della propria condizione.

Tutti i PS ad affluenza pediatrica devono predisporre specifici protocolli/ raccomandazioni per la valutazione del paziente pediatrico.

LA DECISIONE DI TRIAGE

La decisione di triage è il culmine di un processo che porta all'attribuzione del codice di priorità e che comprende anche l'assistenza da erogare nei primi momenti di contatto e durante la permanenza del paziente in tale area, e l'attuazione di tutte le attività necessarie a ridurre il rischio derivante dall'attesa della visita medica. È un momento di massima autonomia per l'infermiere di triage che, in modo responsabile, esegue un ragionamento basato sulle condizioni cliniche rilevate, sulla possibilità, per ogni paziente, di sviluppare complicanze entro breve o medio termine e sulla disponibilità di risorse del Pronto Soccorso. In qualunque momento della valutazione l'infermiere può decidere la necessità di cure immediate e interrompere il processo per trasferirlo nell'area di trattamento specifico. Il codice di priorità non è quello rigidamente attribuito in questa fase, ma può essere modificato nella fase di rivalutazione.

LA RIVALUTAZIONE

La rivalutazione è una fase imprescindibile del processo di Triage e si definisce come l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa, mediante il rilievo periodico dei parametri vitali soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute. Il codice di priorità può essere modificato in seguito alla rivalutazione ed è fondamentale registrare nell'apposita scheda di triage ogni modificazione.

Di seguito si riporta la tabella che riassume, per ognuno dei 5 codici numerici/colore, i relativi tempi massimi di attesa e le modalità di rivalutazione previste dal livello ministeriale effettuate attraverso il monitoraggio costante delle condizioni dei pazienti con osservazione:

- diretta
- video mediata

TRIAGE: modalità e tempi di rivalutazione				
Codice		Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di rivalutazione
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO ALLE AREE DI TRATTAMENTO: NESSUNA RIVALUTAZIONE	
2	ARANCIONE	URGENZA	ACCESSO ENTRO 15 MIN.	OSSERVAZIONE DIRETTA O VIDEO MEDIATA CON MONITORAGGIO COSTANTE DELLE CONDIZIONI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO ENTRO 60 MIN.	RIPETIZIONE DI PARTE O DI TUTTE LE FASI DI VALUTAZIONE: – A GIUDIZIO DELL’INFERMIERE DI TRIAGE – A RICHIESTA DEL PAZIENTE – UNA VOLTA TRASCORSO IL TEMPO DI ATTESA MASSIMO RACCOMANDATO
4	VERDE	URGENZA MINORE	ACCESO ENTRO 120 MIN.	
5	BIANCO	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MIN.	

11. INFERMIERE DI TRIAGE

Il triage è un processo complesso in cui l'infermiere deve integrare conoscenze cliniche e competenze relazionali in un contesto frenetico e stressante quale il Pronto Soccorso ed è il primo operatore che si interfaccia con l'utente, influenzando tutta l'esperienza all'interno del Dipartimento d'Emergenza.

L'infermiere di triage, come tutti i professionisti sanitari, deve essere in possesso delle competenze professionali di base, delle competenze tecnico-professionali specifiche e di competenze professionali trasversali:

- *Capacità di controllo dell'emotività propria e altrui:* saper gestire tutte le situazioni che si presentano, spesso simultaneamente, senza perdere la concentrazione e mantenendo il controllo su quanto accade attorno all'operatore;

- *Capacità di adattamento*: sapersi muovere all'interno di protocolli, percorsi interni, linee guida, adattandosi alla situazione del momento;
- *Capacità organizzativa*: comprende rapidamente le situazioni, valutando e allocando al meglio le risorse disponibili;
- *Capacità decisionale*: l'infermiere di triage deve saper attuare scelte decisionali in tempi ristretti e spesso in situazioni caotiche e complesse;
- *Capacità comunicativa e disponibilità*: è importante che l'infermiere sappia ascoltare e rispondere in modo pertinente ed esaustivo a tutte le situazioni che ha di fronte;
- *Capacità critica*: verifica della propria attività supportata dalla ricerca volta ad aumentare le proprie conoscenze, acquisendo competenza e sicurezza nel tempo. Questo permette di mantenere alta la motivazione e di perseguire livelli di performance professionali qualitativamente elevati.

FORMAZIONE ABILITANTE

Per svolgere la funzione di Triage Infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una Formazione di accesso, ed una Formazione permanente se in possesso del titolo di studio e abilitazione professionale, esperienza lavorativa in Pronto Soccorso dopo aver superato il periodo di prova di sei mesi e titolo certificativo alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.

FORMAZIONE DI ACCESSO

La formazione di accesso si concretizza con la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione al Triage, di tipo residenziale, che si avvale di metodologie frontali ed interattive della durata minima di 16 ore seguito da un periodo di affiancamento ad un tutor esperto.

È necessario che in esso siano previsti i seguenti ambiti formativi:

- acquisire una metodologia scientifica che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato su segni/sintomi e rischio evolutivo;
- acquisire capacità relazionali atte alla gestione della comunicazione non conflittuale e delle emozioni proprie e altrui e all'assertività;
- approfondire gli aspetti relativi alla sfera della responsabilità professionale con attenzione alle attività legali legate all'attività di Triage;
- acquisire una formazione specifica per i principali quadri clinici che si presentano in Pronto Soccorso, ai relativi segni/sintomi associati e al rischio evolutivo. Propedeuticamente entro due anni dall'inizio della formazione abilitante il triage è necessario la certificazione sulle tecniche di supporto delle funzioni vitali di base (BLS, PBLSD), alla gestione dell'emergenza chirurgico-traumatologica (PTC, PTHLS, ecc.) e di uno riguardante le urgenze medico-cardiologiche (ALS, ACLS, ecc.)
- acquisire le metodologie per la progettazione dell'aggiornamento dei protocolli di valutazione in Triage, conformemente alle Linee Guida e linee di indirizzo internazionali, nazionali, regionali;
- acquisire competenze sulla gestione dei principali problemi del triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della famiglia;
- acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di Triage.

A seguito della certificazione che attesta il superamento del corso teorico di Triage, segue un periodo di affiancamento con un infermiere esperto, cioè con un'esperienza pluriennale (almeno due anni) in Triage, di almeno 36 ore, durante il quale in maniera sequenziale ci sarà un periodo di osservazione, seguito da un periodo di collaborazione, di successiva autonomia con la supervisione del tutor per poi giungere alla valutazione finale. L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di Triage sarà quindi dichiarata alla conclusione del periodo di affiancamento dal tutor. Trascorso un periodo di tre-sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva all'attività di Triage.

FORMAZIONE PERMANENTE

Allo scopo di mantenere adeguate performance dei professionisti e del sistema organizzativo si rende necessario organizzare il monitoraggio della performance su due livelli:

- *Livello aziendale*: attraverso incontri periodici, realizzazione di audit con discussione di casi, eventi critici/sentinella ed analisi dei dati statistici;
- *Livello regionale*: valutazione del sistema Triage con l'intento di condividere i percorsi.

Nel piano di formazione triennale aziendale devono essere presenti corsi per gli aspetti clinici, assistenziali, organizzativi relazionali anche per gli infermieri con funzioni di coordinamento abilitati a svolgere attività di Triage. Il piano delle attività formative deve prevedere:

- ✓ Corsi monotematici su argomenti emersi dai momenti di verifica e valutazione o dai bisogni formativi interni;
- ✓ Attività di verifica sull'attività di Triage con l'utilizzo di indicatori e standard, e di analisi del rischio clinico in Triage;
- ✓ Attività di studio e di ricerca;
- ✓ Partecipazione a convegni, workshop sul tema specifico del Triage;
- ✓ Condivisione e scambio di esperienze con altre realtà nazionali e/o internazionali.

Nei pronto soccorso generali a cui afferiscono **pazienti pediatrici** è altresì necessaria la frequenza di un corso sul Triage pediatrico di almeno 6 ore. Per quanto riguarda gli ambiti pediatrici le attività formative sono svolte da istruttori certificati in Triage pediatrico.

12. REQUISITI STRUTTURALI

La zona di Triage intraospedaliero deve essere posta in posizione strategica rispetto agli ingressi del PS (pedonale, auto, ambulanze) e all'area di trattamento in modo tale che l'infermiere mantenga il costante controllo degli arrivi e quindi la possibilità di intervenire in maniera tempestiva. Tali ambienti dedicati all'area accoglienza devono essere ben segnalati e ben individuati con accesso facilitato per le persone in condizioni di fragilità, non deambulanti, deambulanti, minori.

La sala d'attesa deve essere ben visibile dalla postazione di Triage, sufficientemente spaziosa, adeguatamente illuminata possibilmente con luce naturale e dotata di distributori automatici di bevande/alimenti e punti ristoro. Si raccomanda la presenza di display/monitor luminosi interfacciati con il programma gestionale del Pronto Soccorso che veicolano il numero di persone in attesa suddivise per codice e il percorso dei pazienti già in trattamento (pz visitato, in attesa di rx, consulenze, ecc.).

La disponibilità di opuscoli informativi di facile interpretazione, tradotti in più lingue, che spieghino ai cittadini il modello organizzativo adottato e possono contribuire a rafforzare il messaggio che la funzione di triage è prevista dalla normativa associato eventualmente l'informativa relativa al pagamento del ticket.

Devono essere presenti sale di attesa distinte per pazienti:

- non deambulanti (spazi adeguati per la manovrabilità per barelle e carrozzine);
- deambulanti (spazi adeguati al numero medio degli accessi: 80-100 mq per PS spoke);
- pediatrici;
- in condizioni di fragilità;
- già sottoposti a Triage e loro accompagnatori (circa 80-100 mq per PS Spoke con 25.000 accessi/annui).

Altri ambienti necessari sono le sale riservate a pazienti affetti da malattia potenzialmente contagiosa e locali riservati per la comunicazione del lutto o gravi malattie.

All'interno delle sale d'attesa deve essere prevista la presenza di personale non sanitario, solitamente volontari adeguatamente istruiti e formati, per rispondere ai bisogni di informazione e ascolto a integrazione dell'attività del triagista.

Gli ambienti dedicati all'area di Triage devono essere strutturati nel rispetto della privacy e devono disporre di postazioni telematiche per la raccolta delle informazioni di accesso e locali per la raccolta di informazioni cliniche e la valutazione dei parametri vitali. La chiamata degli utenti all'interno delle aree di trattamento dovrebbe essere effettuata possibilmente prescindendo dalla loro individuazione nominativa ma con modalità che rispettino per quanto possibile la normativa vigente relativa alla privacy.

Opportuna anche l'ubicazione, nelle vicinanze della zona di Triage, di un posto di Polizia o di una postazione di addetti all'ordine pubblico, la cui presenza sarebbe necessaria nelle 24 ore o comunque nelle ore di maggior affluenza. In materia di sicurezza degli operatori importante è la realizzazione di ambienti e arredi capaci di mantenere la sicurezza tra operatore e utente (ad es. bancone di accoglienza largo o con protezioni, vie di fuga, videosorveglianza, pulsante di richiesta di aiuto, ecc.).

Nelle strutture ospedaliere a maggior numero di accessi o più elevato livello di complessità è raccomandata la presenza dello Psicologo all'interno del Pronto Soccorso, il cui intervento non è rivolto solo ai pazienti ed accompagnatori ma anche agli operatori sanitari.

RISORSE TECNOLOGICHE E UMANE

Nell'area triage devono essere disponibili strumenti per:

- la valutazione dei parametri vitali (fonendoscopio, sfigmomanometro, termometro, saturimetro, monitor multiparametrico, bilancia pesa persone e bilancia per neonati/lattanti ecc.);
- l'esecuzione di procedure diagnostiche semplici (glucometro, elettrocardiografo eventualmente collegato alla rete per la trasmissione del tracciato, stick urine ecc.);
- medicazioni provvisorie;
- immobilizzazione provvisoria di segmenti corporei (barelle a cucchiaio, tavole spinali, collari cervicali, immobilizzazione arti, ecc.);
- gas medicali (area compressa, ossigeno, vuoto).

L'organico di PS deve prevedere un numero di infermieri adeguato sia dal punto di vista qualitativo (vedi requisiti di formazione) che quantitativo per la realizzazione dell'attività di triage, in coerenza con le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni del 2019.

13. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Ogni P.S. dispone di protocolli di Triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici, infermieri, esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte. Tali documenti, relativi ai quadri sintomatologici più frequenti, articolati per sintomi principali, aggiornati alle migliori evidenze scientifiche del momento, devono identificare:

- le pratiche essenziali/terapeutiche e i percorsi che possono essere svolti in autonomia da parte del personale infermieristico;
- gli ambiti di miglioramento dell'attuale livello di integrazione professionale medico-infermiere per l'ottimizzazione dei percorsi del paziente;
- i casi in cui è possibile inviare direttamente al medico specialista pazienti con specifici segni e sintomi di pertinenza specialistica;
- la possibilità di avviare in autonomia iter diagnostici specifici.

Ogni struttura deve garantire un periodico aggiornamento, almeno triennale dei protocolli e si avvale di strumenti informatizzati per la registrazione dei dati raccolti.

Per garantire la sicurezza delle cure, nella elaborazione dei protocolli e procedure, è necessario considerare:

- ✓ la comunicazione/informazione tra il personale del 118 e quello del Triage del PS;
- ✓ la comunicazione/informazione tra il personale del triage e della sala visita;
- ✓ l'osservazione e l'ascolto attento del paziente;
- ✓ l'eventuale accesso al PS per il medesimo problema clinico a distanza di 24-48 ore dal primo;
- ✓ la valutazione approfondita del paziente nella fase di attribuzione del codice di priorità;
- ✓ la compilazione corretta della scheda di Triage;
- ✓ la rivalutazione periodica dei pazienti per la conferma o modifica del codice di priorità;
- ✓ le informazioni/raccomandazioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari/accompagnatori;
- ✓ la continuità nella presa in carico del paziente durante il cambio del turno;

- ✓ il mantenimento di standard di personale per turno con attenzione ai picchi di maggior affluenza;
- ✓ l'allontanamento volontario del paziente prima dell'accesso alla visita medica.

DOCUMENTAZIONE CLINICA

La documentazione clinica di Triage e la tracciabilità del processo sono elementi fondamentali per la gestione del rischio clinico. La scheda di triage è l'elemento imprescindibile del sistema e deve documentare il processo decisionale che ha portato all'attribuzione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del P.S. È realizzata su supporto informatico ed è parte integrante della documentazione sanitaria di Pronto Soccorso. Costituisce prova documentale a fini giuridici. L'obbligatorietà giuridica alla compilazione della scheda di triage deriva dagli obblighi che ha ogni professionista sanitario nel documentare tutte le azioni compiute durante il proprio operato.

La scheda deve elencare le prestazioni sanitarie erogate, indicare la scelta compiuta e le motivazioni che l'hanno generata ed è considerata a tutti gli effetti un *atto pubblico* e come tale deve rispondere ai requisiti di *chiarezza, veridicità, completezza e tempestività*.

Le componenti essenziali sono:

- ✓ Dati anagrafici e numero progressivo;
- ✓ N. di intervento e codice di intervento 118;
- ✓ Ora d'inizio e di fine presa in carico in Triage;
- ✓ Sintomo principale;
- ✓ Valutazione soggettiva e oggettiva basata sul sintomo principale;
- ✓ Parametri vitali;
- ✓ Patologie pregresse;
- ✓ Farmaci abitualmente assunti e terapie note;
- ✓ Farmaci assunti prima o durante l'arrivo in Pronto Soccorso;
- ✓ Codice di priorità;
- ✓ Test diagnostici effettuati e risultati ottenuti;
- ✓ Allergie note;
- ✓ Rivalutazione e cambiamenti delle condizioni della persona;
- ✓ Firma dell'operatore o utilizzo di password elettronica che permetta una chiara identificazione dell'operatore.

L'ERRORE AL TRIAGE

La Raccomandazione n. 15 del febbraio 2013 riconosce che il Triage è: *“un processo articolato che prevede una serie di attività con diversi gradi di complessità e come tale non scevro dalla possibilità che si verifichi un evento avverso”*. Si possono identificare essenzialmente tre ambiti di criticità: *l'ambito strutturale/organizzativo, assistenziale, relazionale*, e pertanto incoraggia ad adottare misure organizzative, formative e assistenziali utili a prevenire l'insorgenza di eventi avversi.

In tutte le fasi del processo di triage le possibili fonti di errore che possono compromettere la corretta presa in carico dei pazienti e il buon esito del trattamento sono:

- comunicazione non efficace tra infermiere e utente/familiari;
- errata e/o tardiva interpretazione del reale motivo dell'accesso ed il livello di gravità a causa di comportamenti fuorvianti di alcuni soggetti particolari (fase di *valutazione sulla porta*);
- mancanza di spazio e/o strumenti di misurazione (fase di *valutazione soggettiva/oggettiva*);
- sovra-sottostima del codice di priorità (*assegnazione del codice di priorità*);
- non effettuazione/registrazione la rivalutazione dei pazienti secondo le indicazioni ministeriali (fase di *rivalutazione*).

Nell'ambito della gestione del rischio clinico, al fine di ridurre gli eventi avversi che potrebbero avere implicazioni sulla durata e severità della prognosi, risulta fondamentale implementare un percorso di monitoraggio che

preveda AUDIT clinici su casi specifici, procedure per la gestione degli eventi sentinella e la misurazione degli indicatori di processo e di esito. Particolare attenzione deve essere rivolta a casi di:

- ✓ Arresto cardiaco improvviso in Triage;
- ✓ Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso (Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute);
- ✓ Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (Raccomandazione n.13 del Ministero della Salute);
- ✓ Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute).

14. CONDIZIONI PARTICOLARI

Nella fase di accoglienza e di triage è necessario prestare particolare attenzione ai pazienti che richiedono una tempestiva attivazione di percorsi dedicati in risposta alla loro fragilità/condizione (pazienti pediatrici, persone affette da disabilità, pazienti psichiatrici, vittime di violenza; migranti, rifugiati e profughi, pazienti oncologici e persone a fine vita, persone indigenti, anziani con patologie neurodegenerative, persone affette da dipendenze patologiche, detenuti ed ex-detenuti).

In tali casi, il triagista deve utilizzare competenze professionali, tecniche, cliniche e comunicative per esplorare non solo l'aspetto clinico ma anche quello relazionale e comportamentale per garantire:

- l'attesa in un ambiente idoneo a prevenire rischi di disorientamento, delirio, cadute, allontanamento;
- la sorveglianza/rivalutazione continua prima della visita medica;
- l'avvio di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali mirati alla situazione presente;
- la segnalazione nel sospetto di abusi e maltrattamenti;
- la raccolta e trasmissione delle informazioni provenienti dai centri territoriali, case di riposo, ecc.

In linea generale, le condizioni di fragilità non modificano il codice di gravità e la relativa priorità, ma prevedono l'avvio di specifiche procedure assistenziali e di conforto, evitando laddove possibile tempi lunghi di attesa.

A sostegno dei pazienti stranieri, è raccomandata l'introduzione della figura del **Mediatore Culturale** come garante di un'adeguata comunicazione.

MALTRATTAMENTI

In considerazione della maggiore sensibilità assunta da questo tema negli ultimi anni è necessario trattare con attenzione e delicatezza le situazioni di maltrattamenti e abusi su minori, donne e anziani. In tale ambito, il ruolo dell'infermiere di triage è quello di identificare gli indicatori anamnestici e clinici di sospetto abuso ed attivare precocemente un percorso personalizzato di sostegno, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy, agevolando le procedure sanitarie, assistenziali, investigative e giudiziarie. Assumono un ruolo cruciale l'ascolto attivo e l'assenza di giudizio per instaurare un clima di fiducia tra il paziente e l'infermiere.

Per tutte le tipologie di paziente è importante:

- Descrivere in modo particolareggiato nella scheda di triage quanto riscontrato durante l'esame fisico (per es. lesioni visibili, tipo, dimensione, zona corporea, ecc.);
- In caso di accessi ripetuti al PS, ricercare nel database i seguenti dati: numero di accessi, sintomatologia e diagnosi.

SUI MINORI

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per maltrattamenti infantili si intendono *gli abusi e l'incuria che colpiscono i bambini al di sotto dei 18 anni di età. Includono ogni genere di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, abbandono, negligenza e sfruttamento a fini commerciali o di altra natura, che abbia come conseguenza un danno reale o potenziale per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere. Anche l'esposizione alla violenza tra i partner è talvolta inclusa tra le forme di maltrattamento infantile.*

Il ruolo dell'operatore di Triage, in tali casi, è quello di identificare fin dalle fasi iniziali di valutazione, la particolare condizione attraverso la rilevazione dei dati clinici e anamnestici che possono far sospettare un abuso anche in assenza di un'anamnesi certa. Nell'ascolto al minore l'infermiere si deve limitare a raccogliere e annotare dichiarazioni spontanee specificando *"il minore riferisce"* e raccogliere ulteriori informazioni sulla composizione del nucleo familiare al fine di poter avviare provvedimenti di tutela nei confronti di eventuali altri minori presenti.

SULLE DONNE

La violenza sulle donne, considerata uno squilibrio relazionale tra i sessi, il desiderio di controllo e di possesso da parte del genere maschile sul genere femminile, si coniuga in: violenza fisica (maltrattamenti), sessuale (molestie, stupri, sfruttamento), economica (negazione dell'accesso alle risorse economiche della famiglia, anche se prodotte dalla donna), psicologica (violenza di sé). Al momento dell'accoglienza l'infermiere di Triage deve tener conto di una persona che presenta un quadro complesso, per atteggiamenti, emozioni e comportamenti, di estrema fragilità/vulnerabilità, con un vissuto di disvalore e deve favorire l'inserimento in un percorso dedicato di valutazione e trattamento appropriato con la presa in carico della vittima. In coerenza con quanto disposto dalle Linee Guida Nazionali contenute nel D.P.C.M. del 24 novembre 2017, recepito con DGR n.999/2018, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (codice rosso), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa- **codice giallo o equivalente**- al fine di assicurare una visita medica tempestiva (entro un massimo di 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

SUGLI ANZIANI

I maltrattamenti sugli anziani sono perpetrati principalmente da familiari o talvolta da operatori sanitari e possono assumere varie forme: maltrattamenti fisici (inclusi coercizione fisica e abusi nella somministrazione di farmaci), psicologici e affettivi, abusi sessuali, incuria e abbandono.

Il fenomeno rappresenta una problematica di salute pubblica e di solidarietà sociale a una fascia debole della popolazione. L'operatore di triage deve ricordarsi che l'anziano prova disagio/timore nel denunciare una situazione di abuso e teme possibili ritorsioni e che spesso i deficit sensoriali, l'eloquio e l'alterazione dello stato mentale, rendono difficile la denuncia.

DISTURBO ACUTO DEL COMPORTAMENTO

Per le persone con alterazioni psichiche il PS rappresenta un primo punto di contatto con la fonte di aiuto. Di fronte al paziente fortemente agitato, bisogna considerare la tipologia di esordio (acuta o a lenta evoluzione), l'ambiente circostante e la pericolosità della situazione al fine di garantire la sicurezza degli operatori e del paziente stesso. Particolare attenzione deve essere posta se il disturbo acuto riguarda un minore.

9. SISTEMA DI VERIFICA - INDICATORI

Al fine di fornire uno strumento utile al monitoraggio dell'efficacia del percorso di presa in carico si rende necessario prevedere un sistema di valutazione su due livelli:

- **locale:** audit per discutere di singoli casi clinici (pazienti deceduti inaspettatamente, pazienti più complessi ecc.) e condividere azioni di miglioramento di tipo aziendale;
- **regionale:** monitoraggio settimanale su piattaforma online, con gli indicatori sotto riportati, e incontri periodici con il gruppo tecnico di lavoro (istituito con Decreto n.7/2023) per l'analisi e la condivisione delle eventuali criticità nella gestione dei processi, l'organizzazione delle attività e le performance professionali, in coerenza con le indicazioni ministeriali.

Totale pazienti trattati nella settimana con codice (differenziate per codice 1-2-3-4-5)
Numero totale pazienti trattati nella settimana con codice
Tempo di attesa - pazienti con codice - (Da T0 presa in carico al triage a T1 inizio del percorso diagnostico assistenziale come indicato nell'accordo Stato Regioni rep. 143-01 - agosto 2019)
Mediana (tempo di attesa) T0 - T1
Numero di pazienti che hanno superato il tempo massimo di attesa T0 - T1 (5 minuti)
Numero - pazienti codice 1 - che hanno superato il tempo massimo di attesa che sono stati rivalutati
Tempo di attesa - pazienti con codice - (Da T0 presa in carico al triage a T3 esito della prestazione di PS come indicato nell'accordo Stato Regioni rep. 143-01- agosto 2019)
Mediana (Tempo di attesa) T0 - T3
Numero pazienti che hanno superato il tempo massimo T0 - T3 (480 minuti)
Numero totale di pazienti - codice 1 - ricoverati in reparto di degenza (esito trattamento = 2
Numero totale di pazienti - codice 1 - trasferiti in altra struttura (esito trattamento = 3
Numero totale di pazienti - codice 1 - ricoverati in OBI (esito trattamento = 10
Monitoraggio percorsi Fast Track
Numero di pazienti avviati ad uno dei percorsi Fast Track attivi.
... con codice Triage 2
... con codice Triage 3
... con codice Triage 4
... con codice Triage 5
Monitoraggio ricoveri da Pronto Soccorso
Tempo di attesa (Da T0 presa in carico al triage a T5 termine dell'osservazione breve intensiva come indicato nell'accordo Stato Regioni rep. 143-01 - agosto 2019)
Mediana del tempo di attesa
Numero pazienti che hanno superato il tempo massimo T0 - T5 (2640 minuti)
Numero totale di posti letto resi disponibili dalla Direzione Medica per ricoveri (nella settimana
Monitoraggio sovraffollamento
Si sono verificati episodi di sovraffollamento del PS tali da inviare segnalazione alla Direzione Medica Ospedaliera?
Numero di segnalazioni inviate alla Direzione Medica per sovraffollamento del Pronto Soccorso
Numero totale di ore di personale medico utilizzato a supporto negli episodi di sovraffollamento del Pronto Soccorso
Allegare la relazione inerente gli episodi di sovraffollamento registrati, con indicazione dei percorsi messi in atto ed il loro esito (resoconto del personale di supporto impiegato in PS, specificandone le ore di utilizzo)
Dotazione di personale specializzato
Numero totale di ore effettuate da personale con il ruolo di comunicatore/facilitatore in fase di accoglienza
Pianificazione per la settimana successiva
Allegare l'elenco dei professionisti, individuati in qualità di personale medico, a supporto negli episodi di sovraffollamento del Pronto Soccorso, disponibili nella settimana successiva a quella di rilevazione.

6. APPENDICE 2

*CONDIZIONI CLINICHE CHE CONSENTONO/ESCLUDONO
L'ATTIVAZIONE DEI PERCORSI DI FAST TRACK*

TRAUMI MINORI DELLE ESTREMITÀ**Fattori di inclusione:**

- trauma isolato
- contusione o distorsione
- estremità distali: dalla caviglia alle falangi (esclusa gamba e ginocchio), dal polso alle falangi (escluso avambraccio e gomito)

Fattori di esclusione (presenza di almeno uno)

- Età <18aa
- donne in età fertile con sospetta o dichiarata gravidanza
- trauma non isolato

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista e prevedono la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- ferite o lesioni cutanee
- instabilità (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)
- deficit di sensibilità o motorio
- dolore in assenza di edema o ecchimosi

DERMATOLOGICO

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Febbre
- Arto gonfio e dolente
- Allergia
- Diabete, Porpora: misurazione dei parametri vitali
- Contaminazione cutanea (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, non prevedono rivalutazione della priorità o consentono di differire a eventuale struttura disponibile convenzionata con la U.O.:

- Punture d'insetto
- Cisti suppurate con indicazione a drenaggio
- Foruncolosi (esclusa febbre)
- Dolore o Eritema al seno (esclusa febbre)
- Ustioni minori (deve essere esclusa Ustione Maggiore e deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)

Criteri che determinano l'avvio diretto allo specialista dal Triage di Accesso:

- Lesioni cutanee isolate aspecifiche senza evidenza di trauma

GINECOLOGICO

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Meno/Metrorragia o se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio o misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità
- Traumatismo: Valutazione Medica di PS prima dell'invio

Criteri **NON TRAUMATICI** per l'avvio diretto allo specialista dal Triage di Accesso:

- Edema, secrezione o dolore vaginale o vulvare
- Corpo Estraneo vaginale
- Condilomi
- Richiesta di Contraccezione
- Ritardo di ciclo
- Altre patologie ginecologiche minori

OCULISTICO

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Trauma grave con ferite o tumefazione periorbitaria o corpo estraneo conficcato evidente
- Disturbi maggiori della vista: Diplopia, Anisocoria, Diminuzione del visus
- Contaminazione (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)

NOTA: attenzione ai disturbi visivi neurologici (Amaurosi o perdita completa della vista anche transitoria, Scotomi o area cieca spesso centrale del campo visivo, Emianopsie o perdita di parte del campo visivo)

Criteri che determinano l'**avvio diretto** allo specialista dal Triage di Accesso:

- Emorragie sottocongiuntivali (considerare pressione arteriosa)
- Disturbi minori della vista: fosfeni (macchie luminose), miodesopsie (corpi mobili, "mosche", "ragnatele")
- Disturbi minori al globo: dolore o irritazione, arrossamento congiuntivale, edema palpebrale, disturbo di lacrimazione
- Trauma oculare minore
- Sensazione di corpo estraneo
- Altri disturbi oculari non specificati

OTORINOLARINGOIATRICO

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Sanguinamento nasale in atto: procedure di conforto
- Pus o sangue dal meato uditivo
- Sensazione di corpo estraneo con agitazione, scialorrea o stridore

Avvio a percorso breve specialistico otoiatrico:

- Faringodinia e sensazione di corpo estraneo in gola:
 - ✓ se febbre misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità
 - ✓ se alterazione del tono di voce Valutazione Medica di PS prima dell'invio
- Ootalgia non traumatica e sensazione di corpo estraneo nell'orecchio:
 - ✓ se febbre valutare parametri vitali, invio se non modificano la priorità
 - ✓ se dolore o edema alla rocca mastoide Valutazione Medica di PS prima dell'invio
- Ipoacusia o acufeni
- Epistassi recente non traumatica:
 - ✓ se tosse o rumori respiratori: escludere ostruzione delle vie aeree
 - ✓ se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio
 - ✓ considerare pressione arteriosa
- Corpo estraneo in coana nasale:
 - ✓ Valutazione Medica di PS prima dell'invio

ODONTOIATRICO E MAXILLO-FACCIALE

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Dolore acuto articolare temporo-mandibolare con blocco articolare o sospetta lussazione
- Dolore acuto e tumefazione sospetta flogistica volto o collo
 - ✓ se febbre misurazione parametri vitali
 - ✓ se tosse o rumori respiratori: escludere ostruzione delle vie aeree
- Traumatologia dentale significativa o con emorragia

Avvio a percorso breve specialistico maxillo-facciale/odontoiatrico:

- Mal di denti in patologia dentale maggiore in assenza di febbre
- Traumatologia dentale minore localizzata
- Emorragia post-estrattiva
 - ✓ se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, non prevedono rivalutazione della priorità, consentono di differire a eventuale struttura disponibile convenzionata con la U.O.:

- Mal di denti in patologia dentale minore in assenza di febbre

UROLOGICO

Avvio a percorso breve specialistico urologico:

- Ematuria e Disuria in soggetto con anamnesi di patologia urologica:
 - ✓ se febbre misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità
 - ✓ se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio
- Ritenzione urinaria acuta:
 - ✓ sospetto globo vescicale (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)
 - ✓ catetere vescicale malfunzionante o dislocato
- Nefrostomia, Urostomia/Cistostomia malfunzionante o dislocata
- Dolore o tumefazione allo scroto non traumatico: Valutazione medica di PS prima dell'invio

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, non prevedono rivalutazione della priorità e consentono di differire a eventuale struttura disponibile convenzionata con la U.O.:

- Ematuria e Disuria senza anamnesi di patologia urologica e senza febbre