

P3C

ROD. CAPINI
28/05/18



Ministero della Salute

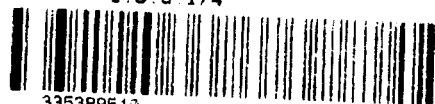
UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0005303-P-28/05/2019

I.8.d.1/4



335389510

AP

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DAR 0008403 A-4.37.2.10

del 28/05/2019



23631837

Al Cons. Adriana Piccolo

Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

statoregioni@mailbox.governo.it

e p.c.

Al dott. Andrea Urbani

Direttore della programmazione sanitaria

OGGETTO: Proposta di Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sui documenti ~~"Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero"~~, "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto, per inserimento all'ordine del giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Il vice Capo di Gabinetto

dott. Achille Iachino

AI/vs

Schema di Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sui Documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 recante “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”;

VISTA l’Intesa, sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in Conferenza Stato Regioni di approvazione delle “*Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992*”, che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell’emergenza (G.U. del 17 maggio 1996, n. 114);

VISTO l’Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: “*Triage intraospedaliero (valutazione gravità all’ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza - urgenza sanitaria*” che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell’emergenza-urgenza (G.U. Serie Generale n. 285 del 07 dicembre 2001);

VISTO l’Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 maggio 2003 concernente: “*Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante sul sistema di emergenza-urgenza*”;

VISTO il Decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008 recante “*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza*” che istituisce il Sistema EMUR, finalizzato alla raccolta delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria di emergenza-urgenza (G.U. del 13 gennaio 2009, n. 9);

VISTA la Raccomandazione del Ministero della salute n. 15 del febbraio 2013 recante “*Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso*”;

VISTO l’Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 2014 concernente: “*Linee di indirizzo sull’organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate*”;

VISTO il Decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70, recante il “*Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*” che delinea, in primo luogo, i criteri di riorganizzazione della rete dell’emergenza-urgenza (G. U. del 4 giugno 2015, n. 126);

VISTA l’Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in Conferenza Stato Regioni, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ai sensi dell’articolo 54 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Rep. Atti n. 157/CSR del 7 settembre 2016);

VISTO il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 recante: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502." (G.U. 18 marzo 2017 n.65, S.O. n. 15);

TENUTO CONTO che il Triage è un metodo di attribuzione di un codice di priorità di visita all'interno dei servizi di emergenza ospedaliera (P.S. – DEA) che permette di regolamentare gli accessi, al fine di garantire l'utilizzo delle risorse più appropriate alla gestione del singolo caso;

TENUTO CONTO che l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) è una modalità di sorveglianza e trattamento del paziente nell'ambito della struttura di emergenza (P.S. – DEA) finalizzata a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni;

CONSIDERATO che il sistema Triage viene utilizzato in modo disomogeneo sul territorio nazionale e che le linee guida già emanate necessitano di una revisione e di un aggiornamento anche alla luce delle più recenti esperienze nazionali e internazionali;

CONSIDERATO che nel nostro Paese si sono sviluppate negli ultimi anni, a livello regionale, diverse esperienze di attivazione dell'OBI che non presentano ancora uniformità di definizione delle caratteristiche;

RITENUTO che il sistema Triage e la modalità assistenziale dell'OBI costituiscono metodologie organizzative del lavoro considerate indispensabili per realizzare percorsi di cura appropriati già dal momento dell'accesso alla struttura di emergenza, assicurare l'approfondimento diagnostico e terapeutico in tempi brevi, migliorare la qualità, la sicurezza e l'assistenza delle cure in Pronto Soccorso;

RITENUTO opportuno, quindi, individuare modelli organizzativi uniformi da diffondere a livello nazionale, anche sulla base di quanto già definito nelle scelte programmatiche regionali;

PRESO ATTO dei documenti di proposta che il gruppo di lavoro appositamente costituito presso il Ministero della Salute con decreto del 12 dicembre 2012 ha elaborato sulle tematiche dell'Osservazione Breve Intensiva e del Triage intraospedaliero;

DATO ATTO che, pur registrandosi una generale tendenza al decremento numerico degli accessi in pronto soccorso, a seguito dell'evoluzione della curva demografica ed epidemiologica si assiste ad un progressivo incremento dei pazienti polipatologici che accedono alle cure ospedaliere urgenti e per i quali è cruciale la corretta gestione della fase di de-ospedalizzazione;

CONSIDERATO che il fenomeno del sovraffollamento (*overcrowding*) interferisce con il normale funzionamento del Pronto Soccorso a seguito della sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali;

CONSIDERATO che il fenomeno del sovraffollamento può generare un incremento del rischio clinico, sia per l'utenza che per gli operatori, e un inadeguato rispetto della garanzia dei LEA e della qualità delle cure;

RITENUTO opportuno fornire ulteriori indicazioni utili per avviare, a livello regionale e locale, azioni di contrasto al fenomeno del Sovraffollamento dei servizi di P.S. ed alle sue conseguenze, per un miglioramento complessivo delle attività di Pronto Soccorso;

RITENUTO pertanto di dover provvedere all'individuazione di linee di indirizzo per lo sviluppo di un piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso che permetta di fronteggiare, secondo procedure strutturate e condivise, il sovraffollamento in Pronto Soccorso, mantenendo la corretta funzionalità dei relativi servizi;

RITENUTO altresì di dover procedere alla revisione dei documenti recanti le linee di indirizzo nazionali su Triage e OBI originariamente elaborati dal citato gruppo di lavoro costituito presso il Ministero della Salute con decreto del 12 dicembre 2012, al fine di armonizzarne i contenuti con il documento relativo allo sviluppo del piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso;

PRESO ATTO dei documenti di proposta che il Gruppo di lavoro, appositamente costituito presso il Ministero della Salute con decreto ministeriale del 4 ottobre 2018, ha revisionato le linee di indirizzo in tema di OBI e Triage ed elaborato delle linee di indirizzo in tema di gestione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui documenti allegati, parti integranti dell'Accordo stesso, recanti rispettivamente:

1. "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva - OBI";
2. "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero";
3. "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso".

SI CONVIENE

nei seguenti termini

1. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire formalmente i contenuti del presente Accordo entro sei mesi dalla data di approvazione dello stesso;
2. la Direzione della programmazione del Ministero della Salute entro tre mesi dalla data di approvazione del presente Accordo s'impegna ad istituire un Tavolo tecnico per l'individuazione di una metodologia per la determinazione dei costi standard dell'assistenza in OBI e delle relative modalità di remunerazione;
3. alle disposizioni del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI
SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO



SOMMARIO

Sommario	2
PREMESSA	3
1. DEFINIZIONE DI TRIAGE	5
1.1 Finalità	6
1.2 Modello di riferimento	6
2. CODICI DI PRIORITÀ	7
2.1 Accoglienza e attribuzione del codice di priorità	9
2.2 Rivalutazione del codice di priorità	11
3. ITER DI PRONTO SOCCORSO	13
3.1 Ammissione in O.B.I.	13
3.2 Organizzazione dei flussi di trattamento	15
3.3 Percorsi rapidi (<i>Fast Track, See and Treat</i>)	15
3.4 Organizzazione del percorso pediatrico	16
4. STANDARD ORGANIZZATIVI	17
4.1 Requisiti strutturali	18
4.2 Risorse Tecnologiche	19
4.3 Risorse Umane	19
5. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	20
5.1 Protocolli e procedure	20
5.2 Documentazione Clinica	21
5.3 Monitoraggio Eventi Sentinella	21
6. PRESA IN CARICO	21
6.1 Umanizzazione	22
6.2 Condizioni particolari	23
7. FORMAZIONE	26
7.1 Formazione di accesso al Triage	26



7.2 Formazione permanente in Triage.....	27
8. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)	28
8.1 Il sistema EMUR	29
9. sistema di verifica e qualità	31
10. CONCLUSIONI.....	34
BIBLIOGRAFIA	35
SITOGRAFIA.....	36
ALLEGATO: PRONTO SOCCORSO OSTETRICO	



Fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 del secolo scorso, si è assistito ad un costante aumento degli accessi nei Pronto Soccorso ospedalieri italiani che, analogamente a quanto verificatosi in altri Paesi, non erano preparati ad affrontare questa crescente ondata di pazienti e soprattutto non erano in grado di regolarne il flusso. Alla base di questo fenomeno possiamo includere l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di pazienti complessi, l'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura. Le nuove criticità che si sono determinate sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (*boarding*) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (*overcrowding*) nei Servizi di Pronto soccorso. Questi fattori hanno indirizzato Istituzioni e operatori verso la ricerca di nuovi scenari, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in Pronto Soccorso ed un utilizzo attivo dei tempi di attesa.

Ci si è quindi occupati di affrontare tale situazione attivando, in linea con le direttive nazionali e sulla base delle evidenze scientifiche del momento, un sistema di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure. Tale sistema, individuato nel Triage infermieristico, è stata la prima risposta del Servizio Sanitario a tali criticità, favorendo in particolar un più appropriato accesso alle cure.

Il quadro normativo di riferimento è rappresentato da:

- D.P.R. 27 marzo 1992 - *"Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza"*.
- ATTO D'INTESA Stato-Regioni del maggio 1996 - *"Atto d'intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992"*.
- ACCORDO Stato-Regioni del 25.10.01 - *"Linee Guida su Triage intraospedaliero - valutazione gravità all'ingresso- e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria"*.
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013:
"Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso".

In attuazione di tali atti di indirizzo, nel nostro Servizio Sanitario Nazionale viene introdotta e implementata la metodologia del *Triage* infermieristico, inteso quale strumento per effettuare una idonea selezione degli accessi in Pronto Soccorso, in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo, nonché dal grado di impegno delle risorse disponibili.



Le Linee guida del 2001 hanno rappresentato un punto di svolta nel miglioramento del sistema di Triage infermieristico in Italia e ancora oggi costituiscono un valido riferimento. Ciononostante, la loro parziale diffusione sul territorio nazionale e, soprattutto, l'assenza di un modello uniforme e condiviso, con criteri definiti e caratterizzato da un percorso formativo rigoroso, hanno indotto i Professionisti del settore a confrontarsi sulla metodologia e sugli obiettivi da raggiungere per la condivisione di un modello nazionale di riferimento del sistema stesso.

Il ruolo fondamentale assunto dal Triage all'interno dei servizi di PS, il progressivo sviluppo ed affinamento delle metodologie di valutazione, la migliore capacità di stratificare i gradi di priorità e l'attivazione di percorsi basati sull'intensità di cura hanno portato, analogamente alle più importanti esperienze internazionali, a riconoscere la necessità di modificare l'attuale sistema di codifica a quattro codici.

Alla luce anche del progressivo sviluppo di sperimentazioni avanzate, quali il *"fast track"* ed il *"see and treat"*, che rappresentano nuove modalità di realizzazione di soluzioni operative funzionali alla gestione delle emergenze, è necessario individuare strumenti regolatori condivisi che garantiscano l'erogazione di una risposta assistenziale corretta ed appropriata.

In questo contesto si inserisce la necessità di aggiornare ed integrare le Linee guida del 2001 con la finalità di garantire la realizzazione di un sistema di *Triage* infermieristico uniforme su tutto il territorio nazionale, orientato ai nuovi bisogni di salute della popolazione e in linea con le evidenze scientifiche più recenti, che risponda alle attuali esigenze dei contesti operativi, nel rispetto della sicurezza delle cure, con un'attenzione particolare nei riguardi dei soggetti portatori di fragilità psicosociale, così da attuare un corretto approccio valutativo e realizzare, già dall'inizio del percorso di cura, un'adeguata presa in carico della persona.

DEFINIZIONE DI TRIAGE

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione 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. Generalmente la funzione di *Triage* non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi in emergenza e urgenza.

La funzione di *Triage* deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore. I servizi di Pronto Soccorso sviluppano uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di *Triage* garantendo il rispetto



dei criteri nazionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine, è necessaria l'attivazione di gruppi multi-disciplinari (medici ed infermieri esperti) che definiscono metodi di monitoraggio del proprio sistema di *Triage*, elaborando ed implementando strategie di miglioramento.

1.1 Finalità

Lo scopo del *Triage* è di gestire la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle in condizioni di criticità, valutandone i dati ed i segni clinici che contraddistinguono situazioni di rischio, complicanze e/o effetti indesiderati di trattamenti in atto, mediante l'osservazione clinica, l'impiego di scale/strumenti appropriate/i e idonei sistemi di monitoraggio.

Gli obiettivi del Triage in PS si configurano, pertanto, nelle seguenti azioni:

- Identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento, applicando le procedure idonee a fronteggiare le situazioni di criticità in attesa dell'intervento medico, con la finalità di ridurre il tempo libero da trattamento per tutte le patologie tempo sensibili;
- Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es: patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili);
- Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- Gestire e modificare le priorità clinico- terapeutico- assistenziali sulla base di risorse, contesti e necessità contingenti;
- Garantire l'adeguata e continua presa in carico delle persone in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili.

1.2 Modello di riferimento

I sistemi di *Triage* implementati nelle realtà italiane si ispirano al modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi, sulla base degli elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili.



I presupposti di questo modello di Triage sono identificabili nelle seguenti attività:

- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al Pronto Soccorso;
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere specificamente formato;
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute;
- Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- Disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato.

Dal punto di vista metodologico, il processo di Triage si articola in quattro fasi:

- 1) *Fase della Valutazione immediata* (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
- 2) *Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva:*
 - a. valutazione soggettiva, viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata),
 - b. valutazione oggettiva, viene effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
- 3) *Fase della Decisione di Triage:* consiste nell'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
- 4) *Fase della Rivalutazione:* si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.

2. CODICI DI PRIORITÀ

L'assegnazione del codice di priorità è l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di Triage ed è basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione. Ciò determina la priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse. 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.

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

La metodologia dell'attribuzione della codifica ha permesso in questi anni di rispondere alle esigenze di gestione di un aumento progressivo della richiesta di prestazioni ospedaliere.

Infatti, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti gli standard temporali previsti (tempo massimo di attesa) per l'inizio del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA), ponderati sulla base degli studi effettuati dalle società scientifiche ed in accordo con la letteratura internazionale. In nessun caso il codice di priorità può essere usato per altri scopi che non siano l'individuazione della priorità dell'accesso alle cure. Eventuali ulteriori codifiche di percorsi clinico assistenziali successivi al Triage, devono essere chiaramente diversificate dal codice di priorità, evitando ulteriori stratificazioni o differenti sistemi di codifica aggiuntiva.

Alla luce dell'esperienza maturata negli anni, considerata la necessità di definire percorsi più appropriati che possono trovare risposte anche nell'ambito della rete dei servizi di Cure primarie o in altri *setting* di cura (come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 sul documento di "Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale"), è emersa progressivamente la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica attualmente in uso, basato su quattro codici colore. Ciò è in linea anche con le attuali principali evidenze scientifiche internazionali.

Nel modello proposto si adotta un sistema di codifica a *5 codici numerici di priorità*, con codice da 1 a 5. La **nuova codifica** consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore. (v. Tabella n. 1: Nuova codifica di priorità e tempi di attesa).

L'implementazione della codifica a 5 codici numerici di priorità e il conseguente superamento della codifica con i codici colore dovrà avvenire progressivamente entro 18 mesi dalla pubblicazione del presente documento.

Per ognuno dei 5 codici, si indica anche il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di



trattamento, che va dall'accesso immediato per l'emergenza all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza. Nella tabella che segue sono riportati i cinque livelli numerici, la loro denominazione, la loro definizione e i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

TABELLA N. 1 – Nuova codifica di priorità e tempi 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
1	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE STABILE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE 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

2.1 Accoglienza e attribuzione del codice di priorità

Con la definizione di Accoglienza in Triage ci si riferisce alla presa in carico globale della persona e alla gestione delle informazioni con i relativi *care givers*, dal momento dell'arrivo in P.S. e durante l'attesa. Questa è una fase critica del rapporto tra il cittadino e il Servizio Sanitario, perché gravata da



aspettative emotivamente importanti relative alla necessità di ottenere una soddisfazione rapida del proprio bisogno di salute.

Nelle diverse esperienze internazionali è ormai riconosciuta la complementarità degli interventi sanitari e psicosociali nei confronti della popolazione e con essa la necessità di un supporto agli operatori. E' evidente, quindi, la necessità di una stretta relazione metodologica tra gli aspetti sanitari e quelli psicosociali negli interventi di assistenza e supporto agli utenti.

Per una corretta presa in carico della persona e dei suoi accompagnatori, è necessario prevedere interventi di miglioramento finalizzati alla formazione specifica degli infermieri di Triage sugli aspetti relazionali, la gestione dei conflitti ed il rafforzamento della motivazione.

In previsione del passaggio dai codici colore ai codici numerici, si rende necessario realizzare programmi sistematici per la formazione del personale di triage sul nuovo sistema di codifica, da avviare prima dell'inizio dell'attuazione del nuovo sistema. È necessario, altresì, prevedere una campagna di informazione sul nuovo sistema di codifica numerica al Triage rivolta agli utenti del SSN. Tale campagna informativa dovrà avvalersi di tutti i canali di comunicazione impiegati già come strumenti di divulgazione sanitaria.

Particolare rilevanza rivestono anche gli aspetti della comunicazione e delle capacità relazionali con la persona assistita e con il nucleo familiare soprattutto nella gestione di conflitti e di eventi critici.

A tale scopo, oltre la formazione specifica per l'infermiere di Triage, è opportuno formare più unità di personale e disporre di una funzione di Psicologia aziendale che, sulla base di procedure organizzative concordate, intervenga sia nelle situazioni ritenute più complesse che richiedono un contributo specialistico, sia per sostenere l'equipe assistenziale, attraverso incontri periodici e, eventualmente, la presa in carico di eventi critici.

Per accogliere i cittadini che giungono in PS, è possibile prevedere nella sala d'attesa anche la presenza di personale laico volontario, specificatamente formato, ed autorizzato, attraverso appositi progetti. Questa funzione può essere svolta, ad esempio, da personale appartenente ad Associazioni di volontariato accreditate. Tali figure hanno il compito di rispondere tempestivamente ai bisogni di informazione ed accudimento del paziente e degli accompagnatori, fornendo indicazioni e raccogliendone le segnalazioni. Non è richiesta a queste figure alcuna conoscenza sanitaria di tipo assistenziale o clinico, poiché esse non sostituiscono, la funzione del personale sanitario.

Nella gestione complessiva del cittadino-utente-paziente, l'organizzazione degli spazi prevede un'area dedicata alla presa in carico della persona, in quanto entità sociale con una famiglia e un ambiente di riferimento. Con questo si intende considerare, nell'ambito delle attività assistenziali, non solo le valutazioni clinico assistenziali proprie della condizione che porta il paziente al Pronto



Soccorso, ma anche la presa in carico della persona stessa nella sua interezza, considerando quindi la sua "umanità". Questa attenzione, che oggi chiamiamo "umanizzazione delle cure", in effetti è un aspetto del piano assistenziale.

Particolare attenzione deve essere posta anche all'implementazione di strategie informative con strumenti quali l'uso di idonea cartellonistica e di sistemi di monitoraggio che aggiornino in tempo reale la situazione del servizio di Pronto Soccorso.

2.2 Rivalutazione del codice di priorità

L'inizio del Triage, ovvero la valutazione sulla porta, deve esser garantito di norma entro 5 minuti a tutti coloro che accedono al Pronto Soccorso.

La rivalutazione rappresenta 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 soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute (v. Tabella n. 2: Modalità e tempi di rivalutazione).

Nella tabella che segue sono riportati, per ognuno dei 5 codici e dei relativi tempi di attesa, le modalità di rivalutazione che comprendono il monitoraggio costante delle condizioni con osservazione diretta o video mediata per i casi di urgenza, la ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione nel caso di urgenze differibili, urgenze minori o non urgenze.

Qualunque modifica dei parametri rilevata durante la fase di rivalutazione potrà determinare una variazione anche dei relativi tempi di attesa. A seguito della fase di accoglienza, in sede di Triage è possibile l'attivazione di percorsi di cura predefiniti come i percorsi brevi e i percorsi a gestione infermieristica, sulla base di appositi protocolli.

TABELLA N. 2 - Modalità e tempi di rivalutazione

TRIAGE: modalità e tempi di rivalutazione



Codice	Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di Rivalutazione
1	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO ALLE AREE DI TRATTAMENTO: NESSUNA RIVALUTAZIONE	
2	URGENZA	ACCESSO ENTRO 15 MIN	OSSERVAZIONE DIRETTA O VIDEO MEDIATA CON MONITORAGGIO COSTANTE DELLE CONDIZIONI
3	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO ENTRO 60 IN	RIPETIZIONE DI PARTE O 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	URGENZA MINORE	ACCESSO ENTRO 120 MIN	
5	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MIN	

3. ITER DI PRONTO SOCCORSO

L'iter di Pronto Soccorso si configura come il percorso successivo all'accoglienza del paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito che può essere costituito da:

- Ammissione in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.);
- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti con l'attivazione della relativa procedura;
- Invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il *follow up* presso strutture ambulatoriali.

Per una corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che accedono al P.S. si raccomanda un tempo ottimale di 6 ore e comunque non superiore alle 8 ore dall'arrivo, anche nel caso di presentazioni cliniche complesse, in aderenza a quanto evidenziato nella letteratura internazionale.

A tale scopo si riporta la Tabella n. 3 "Processo di Pronto Soccorso", dove sono definiti le funzioni di Triage, Pronto Soccorso e OBI, le attività, l'esito nonché i tempi massimi di permanenza ed il tempo massimo per la conclusione delle attività.

3.1 Ammissione in O.B.I.

L'ammissione dei pazienti in O.B.I., laddove appropriata, deve avvenire entro un tempo massimo di 6 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 36 ore dalla presa in carico al triage.

Il trattamento in O.B.I. può esitare in:

- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti con l'attivazione della relativa procedura;
- Invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il *follow up* presso strutture ambulatoriali.



TABELLA N. 3 - Processo di Pronto Soccorso

Processo di Pronto Soccorso				
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 Fast Track 4. Prestazione diretta (See and Treat)		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 (follow up)	
		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 (follow up)	Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI Massimo 36 ore dalla presa in carico al triage
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	



3.2 Organizzazione dei flussi di trattamento

Al termine della valutazione l'infermiere, assegnato il codice di Triage, può attivare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione, ottimizzando i tempi di presa in carico e trattamento e contribuendo alla diminuzione dei tempi di attesa globale.

L'attivazione dei flussi di trattamento, basati su diversi livelli d'intensità di cura, richiede la redazione di appositi protocolli e la realizzazione delle attività formative utili alla loro implementazione. In particolare, in relazione al livello di complessità del Presidio ospedaliero, in coerenza con le indicazioni della programmazione regionale, è opportuno lo sviluppo di percorsi dedicati per *Fast Track*, *See and Treat*, patologie tempo-dipendenti (rete SCA, rete *Stroke* e rete Trauma grave) e condizioni particolari (fragilità, vulnerabilità).

3.3 Percorsi rapidi (*Fast Track*, *See and Treat*)

Sulla base di quanto affermato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, nel quale si indica di "realizzare all'interno di PS e DEA percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità", appare evidente come sia opportuno prevedere lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici rapidi che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, facilitando, contemporaneamente, l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri. Il *See and Treat* è un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici condivisi e validati a livello regionale per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati; è un approccio applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso. 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...).

Il *See and Treat* è introdotto in diverse realtà del panorama nazionale, offre risultati riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso per condizioni di urgenze minori.

In questo modello organizzativo, il paziente viene preso in carico in una determinata area del Pronto Soccorso idonea allo svolgimento delle funzioni previste dai citati protocolli medico-infermieristici, ove l'infermiere in possesso di formazione specifica applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso.



I predetti protocolli 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 *Fast Track* è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati localmente che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente.

L'adozione di tali modelli clinici-organizzativi può valorizzare ulteriormente la funzione di Triage, migliorando inoltre l'appropriatezza di trattamento grazie alla possibilità di attivazione di percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei PS.

3.4 Organizzazione del percorso pediatrico

Nella organizzazione del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza è fondamentale che si consideri il bambino insieme alla sua famiglia

La Società Italiana di Pediatria ha redatto nel 2008 la Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale che richiama i contenuti della Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989 e si ispira alla Carta di EACH (*European Association for Children in Hospital*) del 1988. Tale documento riconosce che i minori hanno il diritto di avere accanto a sé, in ogni momento, i genitori o chi esercita la patria potestà; hanno il diritto di essere ricoverati in reparti idonei, di essere assistiti da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche proprie e della propria famiglia.

Le modalità di organizzazione del percorso pediatrico in Pronto Soccorso delineate di seguito sono rispettose dei principi sanciti dalla Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale.

La specificità del Triage pediatrico è data dalla valorizzazione di alcuni parametri/segni/sintomi peculiari delle fasi dell'accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente) e diversi da quelli dell'adulto. Pertanto, il Triage pediatrico deve essere effettuato da un infermiere pediatrico, ove presente in organico, o da un infermiere specificamente formato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia.

All'ingresso nel PS, l'infermiere procede alla valutazione soggettiva ed oggettiva per assegnare il codice di priorità alla visita medica, avvalendosi di specifiche griglie di valutazione di riferimento e di protocolli condivisi e validati. Particolare attenzione deve essere dedicata alla rilevazione e al trattamento del dolore pediatrico; a tale scopo, devono essere disponibili ed utilizzate, correttamente



e costantemente, dall'infermiere addetto al Triage le scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fascia di età.

A causa della variabilità del manifestarsi della condizione clinica nei pazienti pediatrici, la fase di rivalutazione assume rilevanza fondamentale. Il bambino, infatti, non è sempre in grado di manifestare il mutamento della propria condizione: tanto più è piccolo, tanto maggiore sarà la difficoltà nella segnalazione dei cambiamenti, per cui è necessario prevedere la ripetizione della rilevazione di uno o più parametri vitali, nonché dell'esame fisico, per confermare o modificare il codice di priorità assegnato all'ingresso.

4. STANDARD ORGANIZZATIVI

Il Sistema di *Triage* si deve adeguare al Modello Globale fondato su un approccio olistico alla persona in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all'effettiva disponibilità di risorse della struttura. L'organizzazione specifica deve consentire di:

- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona dal momento in cui si rivolge alla struttura.
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere adeguatamente formato
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità al trattamento attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo.
- Identificare rapidamente le persone che richiedono cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento.
- Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute.
- Utilizzare il sistema codificato di livelli di priorità.
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita all'interno del PS anche attraverso l'attivazione e l'inserimento del paziente in particolari percorsi di valutazione (*Fast Track, See and Treat, PDTA*).
- Controllare e regolamentare tutti gli accessi dei pazienti alle aree di visita del PS.
- Disporre di un sistema documentale adeguato.
- Disporre di un sistema adeguato di identificazione del paziente, in linea con le evoluzioni tecnologiche (es. braccialetto, bar code).
- Gestire la lista e l'attesa dei pazienti.
- Fornire assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili agli assistiti.
- Gestire e fornire informazioni agli accompagnatori dei pazienti, in collaborazione con gli altri



operatori del PS.

L'organizzazione del Triage deve salvaguardare le esigenze di tutte le persone che accedono alle cure in emergenza urgenza.

La funzione di Triage deve essere attiva presso tutte le strutture sede di PS e garantita continuativamente nelle 24 ore.

Dopo l'accesso, è garantita l'accoglienza e la valutazione da parte dell'infermiere di Triage, l'assegnazione dell'idoneo codice di priorità e l'attivazione del percorso più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione.

Ogni organizzazione realizza protocolli relativi alla valutazione e al trattamento dei quadri sintomatologici più frequenti e/o di maggiore complessità, condivisi con il responsabile di Struttura e di Dipartimento, e organizza attività formative utili alla loro implementazione nonché alla verifica periodica della loro attuazione.

Le attività accessorie al Triage (registrazione dei dati anagrafici, supporto logistico, assistenza di base) si svolgono sotto la responsabilità dell'infermiere che può avvalersi di personale amministrativo o personale sanitario di supporto per la loro esecuzione.

4.1 Requisiti strutturali

Nella definizione e progettazione dell'architettura e degli spazi, si deve tener conto della tipologia dell'ospedale e del processo metodologico di Triage.

La funzione di Triage intraospedaliero deve essere espletata in posizione strategica rispetto agli ingressi del PS (pedonale, auto, ambulanze) e l'area Triage deve essere immediatamente identificabile per tutti coloro che accedono al Pronto soccorso.

Gli elementi fondamentali necessari a garantire il rispetto della *privacy* e l'adeguata funzione di Triage attraverso le 4 fasi (valutazione sulla porta, raccolta dati, decisione di Triage, rivalutazione), sono rappresentati da:

- ambienti dedicati all'area accoglienza, segnalati e ben individuati con accesso facilitato per le persone in condizioni di fragilità, non deambulanti, deambulanti, minori;
- ambienti dedicati all'area Triage dotati di:
 - postazioni telematiche per la raccolta delle informazioni di accesso;
 - locali per la raccolta di informazioni cliniche e la valutazione dei parametri vitali;
 - sale di attesa per pazienti non deambulanti (minimo 50 mq con spazio di manovrabilità per barelle e carrozzine), pazienti deambulanti (orientativamente 80-100 mq per 1 PS *Spoke*), pazienti pediatrici, persone in condizioni di fragilità, attigui all'area Triage in modo da consentire la sorveglianza continua da parte dell'Infermiere e la rivalutazione



(osservazione diretta e/o telematica);

- sale di attesa per pazienti ambulantanti, autosufficienti, già sottoposti a Triage e per i loro accompagnatori (orientativamente 80-100 mq per Pronto Soccorso *Spoke* con 25.000 accessi/annui).
- altri ambienti:
 - sale riservate ai pazienti pediatrici;
 - sale riservate ai pazienti affetti da malattia potenzialmente contagiosa;
 - sale riservate a persone in condizioni di fragilità e vittime di abuso;
 - locali per gli assistenti sociali, per la comunicazione dei lutti o delle gravi malattie, per le necessità sociali degli accompagnatori;
 - servizi igienici, anche per disabili, punti acqua e ristoro facilmente accessibili dalla sala di attesa.

4.2 Risorse Tecnologiche

L'area Triage e post Triage dispone di risorse adeguate, materiali e tecnologie, per consentire la realizzazione di un sistema strutturato secondo le direttive contenute nel presente documento e per il mantenimento di appropriati standard qualitativi.

- In particolare, la dotazione comprende anche:
 - Impianto gas medicali (area compressa, Ossigeno, Vuoto);
 - Defibrillatore Automatico Esterno;
 - Elettrocardiografo;
 - Materiali di consumo;
 - Presidi per la gestione dei codici di urgenza differibile e urgenze minori;
 - Farmaci.

4.3 Risorse Umane

La funzione del Triage è propria dell'infermiere appartenente all'organico dei PS/DEA.

L'organico di Pronto Soccorso prevede una dotazione di personale infermieristico compatibile con il numero di accessi alla struttura, con la complessità delle patologie da trattare, tenendo conto anche della variabilità dei flussi giornalieri e stagionali.

Nei Pronto Soccorso con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno, il Triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva.

Nei Pronto Soccorso con un numero di accessi/anno inferiore a 25.000, la funzione di Triage è assicurata da una unità infermieristica, dedicata o non, sempre nel rispetto dei criteri previsti dal presente documento.



Per le grandi strutture ospedaliere, è necessario prevedere una unità infermieristica specificatamente addetta alla rivalutazione e sorveglianza della sala d'attesa post Triage, per svolgere in maniera appropriata le attività di monitoraggio sulla potenzialità evolutiva e rassicurazione dei pazienti non ancora visitati.

Pertanto, si prevede come *dotazione minima* nelle 24 ore per:

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

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

E' raccomandata la presenza di una figura addetta a garantire la sicurezza dei visitatori e degli operatori.

5. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

5.1 Protocolli e procedure

Ogni PS dispone di protocolli di Triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermieri esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico del servizio ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte.

Il sistema di protocolli è articolato per problemi clinici principali e deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in PS; è aggiornato alle migliori evidenze scientifiche del momento e si adatta alle specificità della situazione alla quale si riferisce.

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

Per garantire la sicurezza delle cure, nella elaborazione di protocolli e procedure, è necessario considerare con particolare attenzione i seguenti aspetti:

- 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 nuovo accesso al PS per il medesimo problema clinico a distanza di 24 - 48 ore dal primo;



- la valutazione appropriata 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.

5.2 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 elemento imprescindibile del sistema e deve documentare il processo decisionale che ha portato alla attribuzione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del PS. E' realizzata su supporto informatico ed è parte integrante della Cartella Clinica di Pronto Soccorso.

5.3 Monitoraggio Eventi Sentinella

Nelle procedure di gestione del Rischio Clinico devono essere previsti: l'AUDIT Clinico almeno mensile su casi specifici; il monitoraggio e la gestione degli Eventi Sentinella; il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito. Il monitoraggio consente di costruire od implementare il Percorso Clinico Assistenziale per ridurre la possibilità di eventi avversi con esito fatale e ritardi diagnostici e terapeutici con implicazione sulla durata e severità della prognosi.

Particolare attenzione sarà rivolta alla segnalazione e gestione, con AUDIT Clinico, degli eventi sentinella relativi a:

- Arresto cardiaco improvviso in area 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).

6. PRESA IN CARICO



6.1 Umanizzazione

L'attesa in Pronto Soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio Sanitario. Numerosi sono i fattori che fanno diminuire il livello di qualità di servizio percepito dall'utente: la durata dell'attesa, l'ansia legata alla preoccupazione per la propria salute, le aspettative di risposta rapida.

Il tempo d'attesa in Pronto Soccorso può rappresentare un'opportunità per trasmettere al cittadino informazioni utili e coerenti sull'esperienza che sta vivendo come paziente o accompagnatore. Proprio per questo, si ritiene necessario promuovere una serie di iniziative di "attesa attiva" finalizzate al miglioramento degli aspetti di comfort in sala attesa; tra questi, la presenza di strumenti quali cartellonistica, opuscoli cartacei, videoproiezioni, monitor TV, filodiffusione musicale, erogatori di bevande e cibo; la presenza di display che permettono di conoscere in tempo reale il numero di postazioni di emergenza impegnate, il numero di pazienti nelle sale visita o in attesa di ricovero, in modo da tenere aggiornati i pazienti oltre che sul proprio iter anche sul carico di lavoro complessivo del Pronto Soccorso.

La verifica oggettiva da parte del paziente e del familiare del percorso d'assistenza, a partire dall'ora d'accettazione fino all'esecuzione delle diverse prestazioni dà la possibilità di limitare le problematiche connesse alle attese ed è funzionale all'erogazione di una migliore prestazione, diminuendo la possibilità di essere chiamati a gestire situazioni di *front-desk* a forte tensione. Alla cittadinanza sarà garantita maggiore trasparenza attraverso un ottimale livello d'informazioni, costantemente aggiornate.

La presenza di un Referente per la gestione dei conflitti con utenti in attesa può contribuire a migliorare la fase della comunicazione delle informazioni relative alla gestione dell'evento; ad esso si può fare riferimento per questioni relazionali che non riescono a trovare ristoro nella relazione con gli Infermieri di *Triage*. Analogamente, la figura dell'Assistente di sala attesa, da reperire nell'ambito delle Associazioni di volontariato accreditate a livello nazionale o regionale, può svolgere il ruolo di mediatore delle relazioni tra il personale sanitario ed i cittadini.

Nelle strutture ospedaliere a più elevato livello di complessità (nodi *hub* delle reti), può essere prevista la figura dello Psicologo all'interno del Pronto soccorso, il cui intervento è rivolto non solo ai pazienti ed agli accompagnatori, ma anche agli operatori sanitari.

La comunicazione adottata dagli operatori di *Triage* deve essere efficace ed empatica sia con il paziente, sia con i familiari/accompagnatori. Per consentire una adeguata comunicazione con gli utenti di altra lingua, è utile anche inserire la figura del Mediatore Culturale in PS o utilizzare supporti tecnologici di traduzione a distanza o schede di accoglienza multilingue.



6.2 Condizioni particolari

Esistono specifiche situazioni in cui il *Triage* rappresenta un momento fondamentale di accoglienza e riconoscimento di quelle persone che devono trovare adeguate e specifiche risposte alla loro "fragilità" attraverso l'attivazione tempestiva di percorsi dedicati.

In virtù della maggiore sensibilità prestata a questo tema negli ultimi anni, particolare attenzione viene dedicata ai maltrattamenti e agli abusi sui minori, le donne e gli anziani. Anche i disturbi della sfera psichica richiedono una gestione particolare e dedicata a causa delle conseguenze che si possono verificare all'interno dell'organizzazione complessiva del sistema.

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

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

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

6.2.1 Maltrattamenti su minori

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce come maltrattamento infantile o *child abuse* "tutte le forme di abuso fisico e/o psichico, emozionale e/o sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o l'assenza di azioni e cure, con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo e alla dignità del minore nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere".

I dati nazionali che quantificano l'incidenza dell'abuso infantile fra 3 a 6 casi su 1000 soggetti sono probabilmente sottostimati.

La tipologia predominante varia in relazione all'età e al sesso del minore: i maschi sono più frequentemente vittime di maltrattamento, e le femmine di abuso, infanticidio e trascuratezza. I bambini più piccoli sono a maggior rischio di maltrattamento fisico, mentre i minori in età puberale ed adolescenziale risultano essere maggiormente vittime di abusi sessuali.

Il maltrattamento, in particolare l'abuso sessuale, è una delle forme più difficili da identificare in ambito di *Triage*, sia per una scarsa propensione del familiare a dichiarare e denunciare la violenza quando perpetrata in famiglia, sia per la difficoltà da parte della vittima a riconoscersi come abusato.



Il ruolo dell'operatore di Triage, in caso di accesso al Pronto Soccorso di un minore sospetto vittima di abuso o maltrattamento, è quello di concorrere all'identificazione di tale condizione attraverso la rilevazione degli indicatori anamnestici e clinici di sospetto fin dalle fasi valutative del Triage. E' un insieme di sintomi e segni, per lo più aspecifici e sfumati, che possono fare sospettare un abuso anche in assenza di un'anamnesi certa.

Un bambino con sospetto abuso deve essere inquadrato in tempi brevi mediante un approccio multidisciplinare, per ridurre i tempi di attesa e ottimizzare la condotta terapeutica. Per questo motivo è opportuno che ogni Pronto Soccorso, anche se non pediatrico, applichi dei protocolli validati e condivisi per la gestione del bambino abusato.

6.2.2 Maltrattamenti sulle donne

L'Organizzazione delle Nazioni Unite individua nella violenza sulle donne uno squilibrio relazionale tra i sessi e il desiderio di controllo e di possesso da parte del genere maschile sul genere femminile. I dati più recenti, emersi dall'analisi di 141 ricerche effettuate in 81 Paesi, evidenziano che il 35% delle donne subisce nel corso della vita qualche forma di violenza.

Nel 30% dei casi la violenza è perpetrata dai *partners*, responsabili del 38% di tutte le donne uccise. La violenza di genere 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 (violazione del sé).

Una delle sedi in cui più frequentemente è possibile intercettare le suddette vittime è il Pronto Soccorso (PS), luogo dove è possibile avviare interventi che forniscano risposte integrate, anche tramite il raccordo con i servizi territoriali sanitari e sociali.

Il Triage, *pertanto*, rappresenta per la donna vittima di abuso un momento delicato ed importante dal punto di vista psicologico e fisico. Fondamentale è quindi il momento dell'accoglienza che 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.

L'infermiere di *Triage* che ha ricevuto una formazione appropriata favorisce l'inserimento in un percorso dedicato di valutazione e trattamento appropriato con una presa in carico della vittima che garantisca anche tempi di attesa adeguati durante la permanenza nella struttura.

6.2.3 Maltrattamenti sugli anziani

Il problema dei maltrattamenti agli anziani, fenomeno più diffuso di quanto lascino intendere i pochi dati disponibili, è stato oggetto di un rapporto presentato dall'Ufficio Europeo dell'OMS, che definisce il maltrattamento degli anziani come "un atto singolo o ripetuto o la mancanza di azioni appropriate che, all'interno di una relazione in cui vi sia un'aspettativa di fiducia, provochino danno o sofferenza a una persona anziana". Le stime riportate nel rapporto sono preoccupanti: circa il 30% degli 8500



omicidi/anno di persone ultrasessantenni sarebbero da porre in relazione a maltrattamenti. Ogni anno almeno 4 milioni (2,7%) di anziani subiscono maltrattamenti fisici, 29 milioni (19,4%) maltrattamenti psicologici, 1 milione (0,7%) abusi di natura sessuale.

I maltrattamenti 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 sempre più una problematica di salute pubblica e di solidarietà sociale a una fascia debole della popolazione. L'operatore di Triage deve tenere presente che l'anziano prova disagio o è timoroso nel denunciare una situazione di abuso oltre che senta possibili le ritorsioni; inoltre, i deficit sensoriali, la senilità e le altre alterazioni dello stato mentale rendono difficile la denuncia.

6.2.4 Disturbo acuto del comportamento nell'adulto

Per molte persone con alterazioni psichiche, il PS rappresenta il luogo in cui si avvia il primo punto di contatto con una fonte di aiuto.

Di fronte al paziente fortemente agitato, bisogna considerare due elementi fondamentali: la tipologia di esordio, acuta o a lenta evoluzione nel tempo e il rapporto tra il paziente e l'ambiente circostante.

Per l'attribuzione del codice di priorità, è fondamentale considerare quanto la situazione possa essere pericolosa per il paziente stesso e per le persone circostanti. Pertanto, è necessario effettuare una sorveglianza attenta del paziente, garantendo "la sicurezza" degli operatori e del paziente stesso.

6.2.5 Disturbo acuto del comportamento nel minore

Anche in Italia, come in altri paesi, si è registrato negli ultimi anni un significativo incremento degli accessi al Pronto Soccorso di minori con problemi psichiatrici. Nel 70% dei casi si tratta di adolescenti che giungono al Pronto Soccorso in emergenza per aggressività, psicosi acuta, mania acuta, ideazione e tentativo di suicidio, ansia acuta generalizzata, attacchi di panico, abuso di alcol o uso di droghe. L'accesso al PS è spesso diretto, tramite il 118 o invio da parte degli specialisti territoriali.

Nel Pronto Soccorso la gravità deve essere valutata sulla base della sintomatologia e del potenziale rischio evolutivo della patologia. Tali situazioni richiedono particolare attenzione a causa dell'ambiguità di alcuni segni e sintomi in età pediatrica e dalla scarsità oppure, al contrario, da un eccesso di informazioni relative all'ambiente familiare e sociale di appartenenza. In alcuni casi, può essere utile intervistare i ragazzi più grandi e gli adolescenti da soli per acquisire informazioni su eventuali abusi subiti, sul consumo di droghe o alcool e su altre condizioni di rischio.

L'infermiere di Triage ha il compito di definire il livello di priorità alla visita medica attraverso una prima valutazione del rischio, con il supporto di apposite scale, ricercando i comportamenti che



indicano che il minore deve essere trattato il più presto possibile.

7. FORMAZIONE

La formazione continua e l'addestramento del personale sanitario rappresentano lo strumento indispensabile per garantire la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico.

La formazione deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende sanitarie, deve curare gli aspetti clinico-metodologici e relazionali e prevedere l'addestramento continuo del personale addetto al Triage. (Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.2).

Per la sicurezza dei pazienti e l'implementazione del lavoro in Team, è fortemente raccomandata la partecipazione alle iniziative formative anche di tutto il personale medico di PS e di quello afferente al DEA.

Per svolgere la funzione di Triage infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una Formazione di accesso ed una Formazione permanente.

7.1 Formazione di accesso al Triage

Per accedere alla Formazione di Triage sono necessari i seguenti requisiti:

- titolo di studio e abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico; esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova) di almeno sei mesi;
- titolo certificato alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.

La formazione di accesso si concretizza con la partecipazione ad uno specifico *corso teorico* di preparazione al Triage e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto.

7.1.1 Corso Teorico

METODOLOGIA DIDATTICA: Si sviluppa attraverso un corso residenziale della durata minima di 16 ore realizzato con metodologie frontali ed interattive.

AMBITI FORMATIVI: Il corso deve prevedere attività formative che si sviluppino nei seguenti ambiti:

1. Acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato su segni/sintomi e rischio evolutivo.
2. Acquisire capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche ed ansiogene relative alle dinamiche psicologiche che si sviluppano sia nel contesto Triage tra operatori che con l'utente e verso i familiari e/o accompagnatori.
3. Approfondire gli aspetti relativi all'autonomia ed alla responsabilità professionale con particolare attenzione alle problematiche legali derivate dalla attività di Triage;



4. Acquisire la metodologia per la progettazione l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in Triage, conformemente alle Linee Guida e linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali.
5. Acquisire competenze nell'individuazione e gestione dei principali problemi del Triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della sua famiglia.
6. Acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di Triage.

Al termine del corso deve essere prevista una valutazione finale che certificherà il suo superamento.

7.1.2 Periodo di affiancamento

Dopo l'abilitazione al Triage, l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento di durata non inferiore a 36 ore con un tutor esperto. Il ruolo di tutor è svolto da un infermiere esperto in Triage con esperienza pluriennale (almeno 2 anni).

Durante il periodo di affiancamento dovrà essere previsto un percorso articolato nelle seguenti fasi:

1. Osservazione
2. Collaborazione
3. Autonomia
4. Valutazione finale

L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di *Triage* sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento dal tutor.

Trascorso un periodo di lavoro sul campo di tre - sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva all'attività di *Triage*.

7.2 Formazione permanente in Triage

Allo scopo di mantenere adeguate performance dei professionisti e del sistema organizzativo, si ritiene necessario individuare modalità di monitoraggio delle performance del sistema Triage su due livelli:

- *Livello aziendale*: attraverso incontri periodici, fra operatori, per la realizzazione di audit professionali con discussione di casi, eventi critici/sentinella ed analisi di dati statistici;
- *Livello regionale*: attraverso la definizione di criteri per la valutazione del sistema Triage utilizzando una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi.

Pertanto, si rende necessaria la redazione di un *piano delle attività formative* con definizione di obiettivi triennali che preveda:

- Corsi interni monotematici emersi dalla rilevazione dei bisogni formativi esplicitati dagli operatori o da criticità rilevate nel corso delle riunioni periodiche di équipe o audit.



- Attività di verifica periodica dell'attività di Triage (utilizzo di indicatori e Standard) e di analisi del rischio clinico in Triage.
- Attività di studio e ricerca.
- Partecipazione a congressi, convegni, workshop sul tema specifico del Triage di PS.
- Condivisione e scambio di esperienze con altre realtà nazionali e/o internazionali.

Ogni Dipartimento di Emergenza che comprenda nella propria organizzazione il Pronto Soccorso, deve prevedere nel programma di formazione triennale, una componente propedeutica alla funzione di Triage, che consenta agli infermieri, compresi quelli con funzioni di coordinamento abilitati a svolgere attività di Triage, di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti clinici, assistenziali, organizzativi relazionali.

Inoltre, è necessario che la formazione del personale di Triage venga completata entro due anni con la frequenza di un corso certificato di Supporto Vitale di Base per adulti e pediatrico, un corso sulla Gestione Avanzata delle emergenze mediche, cardiologiche, traumatologiche e pediatriche.

Nei Pronto Soccorso generali 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.

8. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), basato sull'integrazione dei diversi sistemi informativi, rappresenta oggi la più importante banca dati sanitaria a livello nazionale a supporto della programmazione sanitaria nazionale e regionale per misurare qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN.

Esso costituisce, infatti, lo strumento di governance per:

1. monitorare l'attività dei Servizi Sanitari Regionali attraverso l'analisi del volume di prestazioni e di trattamento erogati,
2. supportare le attività gestionali dei SSR per valutare il grado di efficienza e di impegno delle risorse,
3. supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale,
4. supportare la ricerca e il miglioramento continuo di qualità,
5. confrontare ed effettuare benchmarking tra strutture.

Il conferimento dei dati costituisce inoltre adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso alla quota premiale del SSN.

Il patrimonio informativo NSIS viene altresì utilizzato per monitorare l'assistenza relativa



all'emergenza urgenza sanitaria che si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario.

8.1 Il sistema EMUR

Il Decreto del 17 dicembre 2008 di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (EMUR) e successive modifiche, prevede l'istituzione del Sistema informativo EMUR per la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, con riferimento sia alle attività del Sistema territoriale 118 che alle attività del Pronto Soccorso. Il flusso EMUR nasce dall'esigenza di rendere disponibili strumenti e metodologie condivisi per consentire l'interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS ed i sistemi informativi sanitari regionali.

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

8.1.2. DATI DA RILEVARE NEL SISTEMA EMUR – TEMPI

Nell'ambito del Pronto Soccorso è necessario rilevare, in particolare, i tempi relativi al percorso del paziente in rapporto ai codici di priorità assegnati. Pertanto, sono da rilevare i tempi relativi alla presa in carico del paziente, all'inizio del percorso diagnostico terapeutico e della prestazione medica, all'esito della prestazione erogata e all'eventuale inizio e termine dell'attività di OBI, nonché i tempi massimi di permanenza in Pronto Soccorso.

Tali tempi e la relativa codifica, in parte già rilevati attraverso il sistema EMUR, sono riportati nella Tabella che segue.

TABELLA 4 – TRIAGE: tempi da rilevare (data e ora)	
T₀	PRESA IN CARICO AL TRIAGE
T₁	INIZIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE



T₂	INIZIO DELLA PRESTAZIONE MEDICA
T₃	ESITO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO
T₄	INIZIO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA
T₅	TERMINE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Al fine del monitoraggio dei tempi di permanenza del paziente all'interno del PS, è necessario considerare i seguenti intervalli temporali nonché i tempi massimi di riferimento:

T₀ - T₁: presa in carico al Triage

inizio del percorso diagnostico assistenziale per codice di priorità 1-5;

T₀ - T₃: tempo massimo 8 Ore;

T₀ - T₅: tempo massimo 36 Ore.

8.1.3. Dati da rilevare nel sistema EMUR – Codice di uscita da P.S.

L'attività di Triage è caratterizzata dall'assegnazione di Codici di priorità per l'accesso alla visita medica distinti in funzione della situazione di stabilità clinica dei segni e sintomi riferiti dai pazienti. Al termine della prestazione (visita ed eventuali accertamenti o consulenze specialistiche) il medico di Pronto Soccorso ha l'obbligo di identificare il livello di gravità del paziente assegnando un *codice d'uscita* che, attualmente, è rappresentato dai codici colore analoghi a quelli assegnati con altra finalità al Triage. Questa duplice attribuzione di codici colore, in ingresso ed in uscita, crea confusione sia al personale operante nel Pronto Soccorso (medici ed infermieri) che agli utenti stessi. Le due valutazioni non hanno niente in comune: non si deve confondere la priorità dell'accesso alla visita rispetto alla gravità clinica complessiva.

Si ritiene quindi opportuno esprimere il codice di uscita come descrittivo della acuzie clinica del paziente, suddividendola nelle seguenti codifiche:

C = Paziente Critico (almeno un parametro vitale compromesso)

A = Paziente Acuto (stabile con possibile compromissione in breve tempo dei parametri vitali)

D = Paziente Urgente Differibile (stabile che necessita di trattamento non immediato)

N = Paziente Non Urgente (paziente la cui terapia può essere programmata nel tempo).

Il codice di uscita, diverso da quello del Triage, può essere considerato un indicatore di appropriatezza del ricorso alla prestazione di PS. Queste informazioni sono sostitutive del set di dati già rilevati attraverso il sistema EMUR, con l'informazione relativa al *livello di appropriatezza*



dell'accesso.

9. SISTEMA DI VERIFICA E QUALITÀ

Considerata l'importanza del Triage intra-ospedaliero in quanto momento fondamentale del percorso del paziente in Pronto Soccorso, l'accuratezza nello svolgimento di questo "processo decisionale" da parte dell'infermiere di Triage, rappresenta un importante "*gold standard*" da raggiungere. Tale accuratezza va misurata e verificata con metodi oggettivi, al fine di garantire elevati livelli di qualità assistenziale. A tale scopo si utilizzano gli indicatori, secondo una logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) che consente di mantenere e migliorare la *clinical competence* e gli standard di servizio necessari a garantire un efficace processo di Triage.

Il set di indicatori di processo, insieme agli standard di riferimento, di seguito riportati, costituisce una prima individuazione di parametri di riferimento nazionali, che consentirà non solo il monitoraggio dell'attività ma anche il confronto tra diverse realtà, con l'obiettivo di raggiungere standard di servizio uniformi su tutto il territorio, coerentemente con gli obiettivi e gli strumenti di monitoraggio adottati dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Nella Tabella n. 5 (*set di indicatori e standard di riferimento*) viene riportato, per ogni indicatore lo standard di riferimento e il razionale di utilizzo.



Tabella n. 5 - TRIAGE: set di indicatori e standard di riferimento

INDICATORE	TIPOLOGIA DI INDICATORE	STANDARD DI RIFERIMENTO	RAZIONALE, CRITERI E LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO
% di pazienti per i quali è stato attivato un percorso di fast track / totale pazienti eleggibili.	appropriatezza	80% dei pazienti inviati a fast track Accettabile il 50%	Individuazione di differenti modalità organizzative per la gestione degli accessi degli utenti con urgenza minore, finalizzati alla riduzione del sovraffollamento del PS. Realizzazione di percorsi diretti e dedicati a discipline specialistiche, mediante utilizzo di protocolli. Utilizzo da parte del personale infermieristico di protocolli, validati e condivisi con le discipline specialistiche di pertinenza, per l'invio diretto al medico specialista, di pazienti con specifici segni e sintomi. (Accordo Stato - Regioni Febbraio del 7 febbraio 2013) (Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012) (DGR 1184\2010 - Emilia Romagna)
% di rivalutazioni del paziente eseguite da Triage (registrate formalmente) sul totale dei pazienti divisi per codici 1-2-3-4-5 che abbiano superato il tempo massimo d'attesa raccomandato.	appropriatezza	90 % dei codici 3 che hanno superato il 60' 80% dei codici 4 che hanno superato il 120' 70% dei codici 5 che hanno superato il 240'	La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di triage, si definisce come attività professionale mirata a mantenere il controllo della condizione degli assistiti durante l'attesa, cogliendo tempestivamente variazioni dello stato di salute. Si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che devono essere registrati e ai quali si possono associare iniziative mirate a migliorare l'attesa e il suo confort non necessariamente assicurati dal professionista infermiere. (Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012)
% pazienti con codice 2 a cui siano stati rilevati (registrate formalmente) almeno due parametri vitali	appropriatezza	95% dei pazienti a cui è stato assegnato il codice di priorità 2	Il codice di priorità 2 deve essere assegnato ai pazienti con rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizioni stabili con rischio evolutivo o dolore severo. (LG- Triage Agenas Monitor N°29, 2012)
% di pazienti in emergenza codice 1 che accedano immediatamente al trattamento	appropriatezza	99% dei pazienti accettati con codice 1	Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati



Tabella n. 5 - TRIAGE: set di indicatori e standard di riferimento			
INDICATORE	TIPOLOGIA DI INDICATORE	STANDARD DI RIFERIMENTO	RAZIONALE, CRITERI E LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO
% di pazienti in urgenza codice 2 che accedano al trattamento entro 15 minuti	appropriatezza	85% dei pazienti accettati con codice 2	Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati
% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono entro 60 minuti	appropriatezza	80% dei pazienti accettati con codice 3	
% di pazienti con urgenza minore codice 4 che accedono entro 120 minuti	appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 4	
% di pazienti non urgenza codice 5 che accedono entro 240 minuti	appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 5	
% di pazienti in urgenza differibile codice 3 a cui è documentata la valutazione di un indicatore di sofferenza	appropriatezza	80% dei pazienti accettati con codice 3	
% di pazienti in emergenza codice 1, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice emergenza 1	Esito	> 95%	Gli indicatori sono finalizzati a monitorare l'accesso all'ospedale per le attività di ricovero nonché l'eventuale accesso e il trasferimento per codice di priorità assegnato
% di pazienti in urgenza codice 2, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza 2	esito	> 70%	
% di pazienti in urgenza differibile codice 3, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza differibile 3	esito	> 50%	
% di pazienti con urgenza minore codice 4, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza minore 4	esito	< 5%	
% di pazienti con non urgenza codice 5, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice non urgenza 5	esito	< 1%	



10. CONCLUSIONI

Il presente documento costituisce un aggiornamento delle Linee di indirizzo sul Triage emanate con l'Accordo SR del 2003 e, nel ridefinire la funzione di Triage già descritta in tale norma, sviluppa le possibilità organizzative, in linea con i recenti dati di letteratura internazionale e con l'attuale fase di ridisegno del nostro sistema sanitario, allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente.

Il Triage è l'inizio del percorso di Pronto Soccorso ed ha due obiettivi:

- individuare le priorità di accesso alle cure;
- indirizzare il paziente all'appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

Si ribadisce che il Triage in Pronto Soccorso è una funzione infermieristica, svolta da personale con appropriate competenze e attuata sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento.

Il documento contiene alcune novità di particolare rilievo:

- la suddivisione in 5 codici di priorità, allo scopo di meglio ridistribuire la popolazione che si presenta in PS. Infatti, il "codice verde", essendo di gran lunga il più attribuito, non consente di differenziare adeguatamente i pazienti meritevoli di maggior impegno assistenziale da quelli a minore carico gestionale, esponendoli al rischio di eventi sfavorevoli o di sottovalutazione;
- l'utilizzo di una numerazione da 1 a 5 per definire i codici di accesso, in sostituzione dei colori, allo scopo di evitare la confusione con altri codici colore (rosa, argento et altri), non indicativi di una priorità d'accesso, ma di un percorso dedicato. Inoltre, per quanto riguarda il numero di livelli, ci si allinea alla maggior parte degli altri Paesi a livello internazionale;
- l'utilizzo del codice di priorità esclusivamente per l'individuazione della priorità di accesso alle cure;
- la presa in carico del paziente avviene al Triage e non coincide necessariamente con l'inizio della visita medica;
- l'infermiere di Triage è dotato di autonomia professionale, in relazione alle competenze acquisite durante il corso di formazione, può essere specificatamente autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci, all'esecuzione di prelievi ematici ed all'inizio di trattamenti, qualora queste attività siano previste da protocolli interni.

Il documento, inoltre, definisce i vari aspetti di continuità all'interno del percorso di cura del paziente in Pronto Soccorso, OBI, ricovero, individuando i limiti temporali delle prestazioni.

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



BIBLIOGRAFIA

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI LETTERATURA STRANIERA

- American College of Surgeon Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Chicago, 1999
- Australian College of Emergency Medicine. GUIDELINES FOR IMPLEMENTATION OF THE AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE IN EMERGENCY DEPARTMENTS
- Baker D.V. Patients who leave a public Hospital without being seen by a physician: causes and consequences. JAMA 1991; 266: 1085-1090
- Canadian Association of Emergency Physicians: "Position Statement- Emergency Department Overcrowding" dicembre 2000, <http://www.caep.ca/004.cjem-jcmu/004-00.cjem/vol-5.2003/v52-081.htm>, ultimo aggiornamento 21/10/2003, ultima consultazione 22/11/2003
- Department of Health, England Reforming Emergency Care. DOH: 2001, <http://www.doh.gov.uk/emergencycare/index.htm>, ultimo aggiornamento 14/7/2003, ultima consultazione 29/11/2003
- Derlet R.W, Richards J. R. "Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: complex causes and disturbing effects" Ann. Emerg. Med. 2000 35,1: 63-68
- E.N.A. (Emergency Nursing Association). Triage: Meeting the Challenge. U.S.A. Paperback: 2nd Revision edition 1998
- Manchester Triage Group. Emergency Triage. Londra: BMG Books, 1996
- McMahon M. ED Triage: is a five-level triage system best?, American Journal of Nursing 2003; 103(3):61-63
- Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. Emergency Medicine 2003; 15: 1 - 6
- Weinerman ER, Edwards HR. "Triage" system shows promise in management of emergency department load. Hospitals 1964; 38: 55-62



SITOGRAFIA

www.acemc.it/

AcEMC – Accademy of Emergency Medicine and Care

www.simeu.it/

SIMEU – Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza

www.simeup.com/

SIMEUP – Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica

www.fimeuc.org/

FIMEUC – Federazione Italiana Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi

www.aniarti.it/

ANIARTI – Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

www.triage.it/

GFT – Gruppo Formazione Triage



IL PRONTO SOCCORSO OSTETRICO - Allegato

La gravidanza, il parto e il puerperio sono eventi che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato (POMI, 2000); per loro natura, sono condizioni cliniche a 'rischio evolutivo' che espongono la donna e/o il feto ad un rapido deterioramento delle funzioni vitali.

Tale peculiarità condiziona l'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza sanitaria sia ospedaliero che territoriale, tanto che, nell'ambito della rete tempo dipendente per la Neonatologia ed i Punti Nascita, il triage materno-fetale e neonatale richiede una specifica organizzazione nonché specifiche competenze.

Il quadro normativo di riferimento, oltre la normativa già citata nel documento (TRIAGE), è rappresentato da:

- Raccomandazione Ministero della Salute n. 6 marzo 2008:
"Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto";
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013:
"Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso";
- Linee di indirizzo sull'organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN);
- Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO).

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza della donna in gravidanza che giunge in PS ostetrico, è una funzione effettuata da una ostetrica con specifica formazione volta alla corretta valutazione delle condizioni cliniche della gravida che accede al Pronto Soccorso per situazioni legate alla gravidanza stessa, al parto se imminente, o per eventuali patologie intercorrenti e rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.

Alla classificazione del codice numerico di priorità per l'accesso alla visita medica devono fare seguito specifici **percorsi assistenziali** differenziati sia per profilo di rischio ostetrico che per eventuali patologie intercorrenti alla gravidanza, orientati al pertinente utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative.

In particolare la valutazione del profilo di rischio della donna deve essere effettuata sulla base di criteri definiti (fattori clinici, biologici, sociali, psicologici) e condivisi dall'équipe assistenziale (ostetrica, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla gestante) e accuratamente riportati nella documentazione clinica.



Il triage ostetrico deve essere caratterizzato da un processo di rivalutazione continuo e dinamico, sempre associato a un'adeguata e continuativa sorveglianza ostetrica sia della donna in gravidanza che accede al Pronto Soccorso che delle condizioni del feto.

Anche l'iter del Pronto Soccorso Ostetrico si configura come il percorso successivo all'accoglienza della paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito che può essere costituito da:

- ammissione in Osservazione Breve Intensiva Ostetrico-Ginecologica (O.B.I.O.G.);
- ricovero presso l'unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- trasferimento presso altra struttura sede di Centro Hub, garantito con l'attivazione del trasporto STAM (servizio di trasporto assistito materno) o con l'attivazione dello STEN (servizio di trasporto in emergenza neonatale) secondo modalità definite dall'organizzazione regionale.

Il percorso assistenziale Ostetrico è costituito da un piano organizzativo-assistenziale che possa coinvolgere anche il territorio, nell'ottica di favorire la continuità e l'integrazione dell'assistenza al percorso nascita e di disporre di una raccolta anamnestica completa atta a garantire ricoveri appropriati per livello di punto nascita.

Il percorso ostetrico si avvale di specifiche griglie di valutazione, di protocolli condivisi e validati e di strumenti specifici.



Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage Gruppo di lavoro istituito con Direttoriale del 12 dicembre 2012	
Coordinatore	
Francesco Bevere	Direttore Generale - Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Componenti	
Cinzia Barletta	Referente FIMEUC
Ivo Casagrande	Referente AcEMC
Francesco Enrichens	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS
Gianfranco Finzi	ANMDO
Gabriella Guasticchi	Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Lucia Lispi	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Direttore Ufficio X
Angelo Muraglia	Commissione Salute - Regione Abruzzo
Angela Rita Panuccio	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Coordinatore Ufficio V
Francesco Perlasca	Commissione Salute - Regione Lombardia
Giorgio Pia	Commissione Salute - Regione Sardegna
Luciano Pinto	SIMEUP
Silvia Scelsi	ANIARTI
Beniamino Susi	SIMEU
Segreteria tecnica	
Maria Cristina Trotta	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio V



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI
SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI*



SOMMARIO

PREMESSA.....	3
1. ANALISI DEL CONTESTO.....	4
2. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL'OBI	5
2.1. Definizione	5
2.2. Funzioni.....	5
2.3. Localizzazione dell'OBI	5
3. STANDARD ORGANIZZATIVI DELL'OBI.....	7
3.1. Dotazione di postazioni.....	7
3.2. Dotazione di personale	7
3.3. Dotazione tecnologica	8
4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE.....	10
4.1. Il percorso clinico assistenziale del paziente	10
4.1.1. ITER DI PRONTO SOCCORSO	10
4.1.2. INVIO IN O.B.I.	11
4.2. Ammissione in OBI.....	11
4.3. Dimissioni dall'O.B.I.	12
4.4. Criteri di non ammissione in OBI	14
5. RISCHIO CLINICO	15
5.1. Sicurezza della Cure	15
5.2. Documentazione sanitaria	15
5.3. Gestione del rischio	16
6. FORMAZIONE	17
6.1. Formazione di base.....	17
6.2. Formazione continua	17
7. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANIATRICO (NSIS)	18
7.1. Il sistema EMUR	18
7.2. Data minimum set da rilevare nel sistema EMUR per l'attività di OBI	19
8. INDICATORI	20
9. RILEVAZIONE DEI COSTI E POSSIBILI MODALITÀ DI FINANZIAMENTO	21
10. CONCLUSIONI	22
TABELLA A): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI ADULTI.....	24
TABELLA B): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI PEDIATRICI	30
BIBLIOGRAFIA	37
SITOGRAFIA	38



PREMESSA

Le Unità di Osservazione Breve (OB) all'interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), sono state introdotte nei paesi anglosassoni a partire dagli anni 60 e si diffondono parallelamente all'evoluzione organizzativa dei DEA.

Gli studi di settore condotti per la valutazione dell'efficienza organizzativa del sistema hanno da subito dimostrato un indubbio beneficio delle unità di Osservazione Breve in relazione al miglioramento della qualità delle cure, al sovraffollamento dei pazienti e all'appropriatezza dei ricoveri (ACEP 2003).

In Italia, la normativa nazionale dall'inizio degli anni '90 ha previsto la presenza di posti letto di Osservazione Breve (OB) all'interno dei Pronto Soccorso (PS) e dei DEA. Il DPR 27 marzo 1992 ed il successivo Atto di Intesa tra Stato e Regioni dell'11 aprile 1996 hanno, infatti, previsto che nei PS e nei DEA di I e di II livello fossero attivate le funzioni di Osservazione e breve degenza. Tale esigenza si ritrova altresì nello schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, in cui si esprime la necessità di attivare l'Osservazione Breve (OB) quale strumento ritenuto indispensabile per ridurre ricoveri impropri e favorire la sicurezza delle dimissioni da Pronto Soccorso.

Nel tempo, si è determinata anche l'esigenza di affiancare alla terminologia di Osservazione Breve il termine "Intensiva" per indicare un criterio temporale limitato e l'intensità diagnostica e assistenziale (OBI).

La normativa nazionale, rimasta ferma alla sola enunciazione della necessità di attivare funzioni di OBI nei Pronto Soccorso e nei DEA, con il Decreto n. 70 del 2 aprile 2015 (pubblicato in GU n. 127 del 04.06.15) recante "*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*", ha finalmente previsto anche la modalità organizzativa dell'OBI nell'ambito della funzione di PS. Infatti, il punto 2.2 dell'Allegato 1 al citato D.M. prevede che anche i presidi ospedalieri di base sede di Pronto Soccorso debbano essere dotati di letti di Osservazione Breve Intensiva.

Tuttavia, molte Regioni e PP.AA, pur in assenza di linee guida condivise che disciplinino terminologia, finalità, standard organizzativi e strutturali, hanno comunque attivato funzioni di OBI in molte realtà, sulla base di specifiche normative regionali. In generale, quasi tutte le norme emanate prevedono la presenza dell'OBI a tutti i livelli di complessità assistenziale dei presidi ospedalieri dotati di servizi di Pronto Soccorso, sebbene in alcuni casi con terminologie diverse da "Osservazione Breve".

La disomogenea presenza sul territorio nazionale di OBI, anche a causa della carenza di riferimenti



normativi nazionali, ha determinato a tutt'oggi l'indisponibilità di flussi informativi nazionali su tale attività.

L'obiettivo del documento è quello di dettare Linee di indirizzo nazionali per la diffusione, con modalità uniformi, delle Unità di Osservazione Breve Intensiva nei DEA e nei PS, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati, aumentare la sicurezza delle dimissioni da PS e migliorare il processo di presa in carico del paziente adulto e pediatrico, da parte della struttura ospedaliera. Ciò consentirà di disporre, in breve tempo, anche di un flusso informativo a carattere nazionale utile alla programmazione nazionale per i successivi indirizzi di politica sanitaria.

1. ANALISI DEL CONTESTO

I cambiamenti intervenuti in ambito sanitario negli ultimi anni hanno portato alla ridefinizione del ruolo della Medicina d'emergenza - urgenza e alla rivalutazione delle strutture di Pronto Soccorso, intese non più come luogo di "transito", ma come luogo di diagnosi e cura.

Infatti, nel tempo si è determinata da un lato la prolungata permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso legata alla minore disponibilità di posti letto per acuti e alla richiesta di una maggiore appropriatezza dei ricoveri, dall'altro la possibilità di un migliore inquadramento diagnostico terapeutico, grazie all'avvento di nuove tecnologie in ambito radiologico (es. T.C. multi strato) e laboratoristico (es. biomarcatori cardiaci). Tutto ciò, insieme alla ridefinizione dei criteri per l'accesso dei pazienti acuti ad un livello di cure adeguato alla patologia, ha consentito al Pronto Soccorso di diventare luogo di diagnosi e terapia della fase iniziale della patologia acuta.

Si è resa necessaria, pertanto, un'articolazione organizzativa per poter dimettere dal PS un paziente con una patologia acuta risolvibile in tempi brevi, senza ricorrere al ricovero ospedaliero.

Una soluzione organizzativa efficace consiste nella realizzazione di strutture di degenza breve/osservazione clinica ad alta intensità diagnostica, collocate in un'area dedicata del Pronto Soccorso, gestite dai medici e infermieri d'urgenza o presso altre unità operative, quali la Pediatria e l'Ostetricia-Ginecologia, caratterizzate dalla possibilità decisionale di ricovero.



2. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL'OBI

2.1. Definizione

L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure 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.

2.2. Funzioni

Le funzioni dell'OBI si realizzano in:

1. osservazione clinica;
2. terapia a breve termine di patologie a complessità moderata;
3. possibilità di approfondimento diagnostico - terapeutico finalizzato al ricovero appropriato o alla dimissione.

Le conseguenze attese sono rappresentate dal miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e da una maggiore sicurezza nelle dimissioni da P.S..

Dal punto di vista organizzativo l'OBI è una unità funzionale del Pronto Soccorso.

L'OBI pediatrica, in assenza di un P.S. Pediatrico, è una unità funzionale dell'unità operativa di Pediatria.

L'OBI ostetrica, in assenza di un P.S. Ostetrico, è un'unità funzionale dell'unità operativa di Ostetricia.

2.3. Localizzazione dell'OBI

L'area di OBI è attivata in locali dedicati ed abitualmente è collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso. Il locale dedicato all'OBI, organizzato in strutture *open-space* e/o a box singoli, è opportunamente attrezzato per garantire la tutela della privacy ed il comfort del paziente e deve rispondere ai requisiti organizzativi proposti nel presente



documento e rispettare la normativa regionale di riferimento in tema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento.

In particolare, l'OBI pediatrica, in assenza di un PS Pediatrico, può essere espletata presso l'UO di Pediatria, qualora questa effettui attività di accettazione in emergenza-urgenza e dimissione autonoma: in questo caso le postazioni dedicate all'OBI dovranno essere riservate esclusivamente a questa funzione e differenziate dai posti-letto dedicati alla degenza ordinaria; lo spazio architettonico deve tener conto della presenza di un accompagnatore accanto al bambino.

L'OBI ostetrica, in assenza di un P.S. ostetrico, può essere espletata presso l'UO di Ostetricia e ginecologia.



3. STANDARD ORGANIZZATIVI DELL'OBI

3.1. Dotazione di postazioni

La postazione è l'unità dedicata al paziente ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura, nel rispetto della *privacy* e del *comfort*.

La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di 1 postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso.

Per l'OBI pediatrica si prevedono almeno 2 postazioni per ogni U.O. di Pediatria o P.S. pediatrico, oppure 1 postazione ogni 4.000 accessi in P.S.

Le postazioni di OBI sono funzionali e pertanto non devono essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

E' necessario dotare almeno il 50% delle postazioni di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente.

3.2. Dotazione di personale

La dotazione di personale assegnato all'OBI, in modo integrato con il Pronto Soccorso, è proporzionale alle dimensioni della struttura, intendendo per dimensione il numero di postazioni operanti.

Per un modulo di 5-8 postazioni, si indica come dotazione minima la presenza di una unità infermieristica nelle 24 ore e di una unità medica per almeno 8 ore diurne non continuative. Nelle ore notturne la presenza del medico è assicurata dal personale in servizio presso il Pronto Soccorso. Per quanto riguarda il personale di supporto, è altresì indicata la presenza di una unità di OSS nelle 12 ore diurne; nelle ore notturne tale risorsa può essere condivisa con il P.S..

Per dimensioni superiori, da 9 a 15 postazioni, la dotazione di personale è di norma incrementata (v. Tabella 1- criteri di riferimento per la dotazione organica dell'OBI).

Per dimensioni inferiori, fino a 4 postazioni, deve essere considerata la garanzia di adeguata assistenza dedicata, in relazione alla dotazione di personale infermieristico e di assistenza del Pronto Soccorso (v. Tabella 1- criteri di riferimento per la dotazione organica dell'OBI).



TABELLA 1: DOTAZIONE ORGANICA MINIMA OBI			
FIGURE PROFESSIONALI	FINO A 4 POSTAZIONI	DA 5 A 8 POSTAZIONI	DA 9 A 15 POSTAZIONI
MEDICO	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	1 UNITÀ dedicata per almeno 8 ore diurne non continuative (in condivisione nelle restanti ore)	1 UNITÀ dedicata nelle 12 ore (in condivisione nelle ore notturne)
INFERMIERE	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	1 UNITÀ H 24	2 UNITÀ H 24
OSS	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ H 24

Il personale dell'OBI opera in maniera integrata e coordinata con il restante personale del Pronto Soccorso e, ove presente, della Medicina d'Urgenza, al fine di garantire la continuità assistenziale.

Per l'OBI pediatrica la dotazione di personale dedicato deve essere afferente all'UO Pediatria. Per un modulo di 8 postazioni deve essere assegnata all'OBI una unità Medica almeno in h8 e una unità infermieristica in h24.

Se per dimensione l'OBI non costituisce un modulo di almeno 4 postazioni, saranno adibiti a questa funzione posti letto dell'unità operativa di Pediatria (non considerati nella dotazione totale) con personale dedicato in h24 (utilizzando personale del reparto e/o del Dipartimento Materno Infantile), per un migliore utilizzo delle risorse ed una risposta più efficace ed efficiente.

Nell'OBI ostetrica il personale medico ed ostetrico sarà modulato in base alla dotazione di posti letto.

3.3. Dotazione tecnologica

La dotazione tecnologica è compatibile con i quadri clinici da assistere in OBI.

Ogni postazione di OBI deve avere a disposizione il sistema di erogazione dell'Ossigeno e il sistema di aspirazione. Almeno il 50% delle postazioni deve essere dotata di sistemi di monitoraggio emodinamico e respiratorio centralizzati collocati nell'area della postazione infermieristica.

Nell'OBI, sia per adulti che pediatrica, oltre alla dotazione standard di materiale sanitario, sono



presenti le seguenti apparecchiature:

- carrello per l'emergenza;
- monitor defibrillatore/stimolatore;
- ventilatore meccanico;
- dispositivi per la somministrazione di Ossigeno nelle diverse situazioni cliniche (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, CPAP - Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree);
- elettrocardiografo;
- pompe infusionali.

Devono, inoltre, essere disponibili nell'ambito del Pronto Soccorso le seguenti apparecchiature:

- ecografo pluridisciplinare;
- emogasanalizzatore.

Nell'OBI pediatrica devono essere presenti le dotazioni di dispositivi e apparecchiature adeguati alle diverse fasce di età.

Nell'OBI ostetrica la dotazione tecnologica deve prevedere anche un ecografo multidisciplinare con sonda transvaginale (*eco fast*) e un apparecchio di cardiotocografia fetale.



4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE

4.1. Il percorso clinico assistenziale del paziente

L'attività di OBI è caratterizzata dalla definizione di un chiaro progetto clinico ed assistenziale dedicato all'accoglienza del paziente e rivolto, in linea di massima, alla soluzione di problemi a moderata complessità, che possa ancora prevedere l'esito in dimissione a conclusione dell'attività di osservazione.

Il percorso del paziente destinato all'OBI ha inizio con il Triage effettuato all'ingresso del P.S. e prosegue dopo la prima valutazione clinico-strumentale eseguita nell'area di P.S. (v. Tabella 2 - Processo di Pronto Soccorso).

Al fine di garantire corretti tempi di trattamento a tutti gli utenti che accedono in P.S., di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e la razionalizzazione delle stesse, analogamente ad altre esperienze internazionali si ritiene necessario stabilire standard relativi ai tempi massimi di permanenza del paziente all'interno del DEA, entro i quali devono essere svolte e completate tutte le necessarie fasi diagnostiche e di trattamento per indirizzare il paziente verso le strutture (interne o esterne al DEA) atte a completare il percorso assistenziale.

Per garantire livelli adeguati di efficacia dei trattamenti e di efficienza della struttura, sono adottate presso le strutture ospedaliere sede di P.S. soluzioni organizzative per la gestione coordinata dei posti letto. Fondamentale sarà anche la realizzazione e/o il potenziamento di reti di collaborazione tra il personale medico, infermieristico e assistenziale del P.S., e le strutture territoriali e residenziali, i medici di famiglia e gli specialisti ambulatoriali.

Per quanto riguarda i percorsi interni al Pronto Soccorso si individuano le due differenti fasi come di seguito riportato.

4.1.1. ITER DI 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, per evitare che l'eccessiva permanenza in P.S. dei pazienti in attesa di ricovero determini ricadute negative sull'organizzazione ed un aumento del rischio clinico, come ampiamente riportato in letteratura. In caso di superamento di tale limite, il medico di P.S. provvederà ad effettuare il ricovero a carico dell'unità operativa di destinazione che, da quel momento, assume la completa responsabilità gestionale del paziente.



Questa fase, che 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:

- a) Destinazione in OBI;
- b) Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera;
- c) Trasferimento, a carico della struttura di P.S. come da normativa vigente, presso altra struttura per acuti;
- d) dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il ritorno presso strutture ambulatoriali ospedalieri (*follow up*).

Lo *standard* per una corretta gestione del percorso diagnostico terapeutico di ogni paziente che accede al P.S. è che si giunga alla definizione del caso clinico in un tempo *non superiore alle 4 ore totali* come da Linee Guida dei sistemi sanitari europei (es. Gran Bretagna).

4.1.2. INVIO IN O.B.I.

Se necessario, nel rispetto dei criteri di appropriatezza contenuti nel presente documento (v. Tabella A e B e successivo paragrafo 4.4), 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 36 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*).

4.2. Ammissione in OBI

La decisione di destinare un paziente in OBI deve essere presa dal medico di P.S. ovvero dal medico specialista solo in presenza di protocolli di accordo formalizzati con le altre unità operative (es. Pediatria, Ostetricia, Ginecologia); nel caso in cui l'osservazione venga effettuata presso unità operative diverse dal P.S., la responsabilità della gestione del paziente sarà a carico dell'équipe medico-infermieristica/ostetrica dell'unità operativa di permanenza.

Tutta l'attività svolta per l'O.B.I. deve essere regolamentata da protocolli operativi formalizzati e



procedure, sia interne che concordate tra le unità operative di riferimento; particolari soluzioni organizzative come "chest pain unit" o "syncope unit" vi possono trovare una naturale ed adeguata collocazione.

L'accesso ai servizi diagnostici ed alle consulenze specialistiche per il paziente in OBI deve avvenire con criteri di tempestività analoghi a quelli adottati per i pazienti in P.S.

4.3. Dimissioni dall'O.B.I.

La dimissione del paziente è di competenza del medico in servizio presso l'OBI. In sua assenza o per specifiche esigenze organizzative del presidio ospedaliero, la dimissione può essere altresì di competenza del medico di Pronto Soccorso. Nel caso di OBI presso altre unità operative (Pediatria, Ostetricia e Ginecologia...), la dimissione del paziente è di responsabilità del medico di tale unità operativa.



TABELLA 2: ITER DI PRONTO SOCCORSO

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. Affidamento 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		
Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti				
				Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI Massimo 36 ore dall'inizio della presa in carico al <i>triage</i>	



4.4. Criteri di non ammissione in OBI

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.

Le indicazioni relative ai criteri di inclusione e di esclusione per la gestione dei pazienti adulti e pediatrici sono illustrate nelle Tabelle A) e B), dove per ogni quadro clinico sono riportati, in ordine alfabetico i relativi codici ICD-9 CM, il razionale, le prestazioni più appropriate.

Il contenuto delle tabelle rappresenta una indicazione e, pertanto, non è da ritenersi esaustivo. In considerazione della complessità dei quadri clinici, le prestazioni sono individuate dalle unità operative di P.S. con protocolli operativi e procedure che tengono conto della realtà organizzativa locale.



5. RISCHIO CLINICO

5.1. Sicurezza della Cure

Gli obiettivi dell'Unità di Osservazione Breve Intensiva rispondono all'esigenza di migliorare la Sicurezza delle Cure in Pronto Soccorso, attraverso la gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi nei pazienti ad elevata probabilità di dimissione. Infatti, nella difficoltà gestionale rappresentata dal sovraffollamento e dal *boarding* che comportano un possibile aumento del Rischio Clinico, l'OBI si propone di migliorare la funzione di filtro al ricovero di pazienti con sintomi o condizioni cliniche potenzialmente pericolose per la vita o suscettibili di peggioramento del quadro clinico, nel rispetto degli standard assistenziali e delle evidenze scientifiche.

Questa area ad elevata intensità diagnostica e clinico rivalutativa, consente di verificare e monitorare l'efficacia di trattamenti nel breve periodo (6-36 ore), e di gestire il problema clinico acuto in un *setting* assistenziale alternativo al ricovero, usufruendo delle specifiche competenze del personale medico ed infermieristico e con l'ausilio degli strumenti diagnostici offerti dalla innovazione tecnologica.

L'alta intensità dell'assistenza è riferita al notevole impegno del personale medico ed infermieristico per lo svolgimento di un iter diagnostico terapeutico, concentrato nel tempo, che preveda l'esecuzione di accertamenti diagnostici, monitoraggio clinico e terapie, al fine di garantire, nel più breve tempo possibile e con il necessario livello di sicurezza, la dimissione del paziente al domicilio o il ricovero nel reparto più appropriato. Ogni Pronto Soccorso, sede di OBI, definisce al proprio interno specifici protocolli operativi relativi alla gestione dei quadri clinici (vedi Tabelle A e B).

5.2. Documentazione sanitaria

La permanenza del paziente in O.B.I. è documentata in una *specificata scheda* contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi e l'esito, che deve essere integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso. E' previsto anche un documento di accoglienza del paziente in OBI con la descrizione delle funzioni e delle attività.

La Cartella Infermieristica, anch'essa integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso, contiene informazioni relative ai bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione degli interventi, agli



esiti attesi ed al monitoraggio del paziente durante la permanenza in OBI, secondo modalità definite a livello aziendale.

L'accesso ai servizi diagnostici ed alle consulenze specialistiche per il paziente in OBI deve avvenire con criteri di tempestività analoghi a quelli adottati per i pazienti in P.S.

In collegamento con "Sistema di Posta del Cittadino", già previsto per il Pronto soccorso, è utile anche per l'OBI raccogliere suggerimenti e osservazioni al fine di predisporre opportune azioni di miglioramento.

5.3. Gestione del rischio

Gli strumenti dell'*Incident Reporting* e del Monitoraggio degli eventi Sentinella (es. "Arresto cardiaco improvviso" e "Morte o grave danno da caduta del paziente"), insieme all'*audit* clinico e al Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), rappresentano le principali modalità di gestione del Rischio Clinico in OBI.

Oltre a queste modalità è fondamentale in questo ambito l'adozione di protocolli e procedure, condivise con gli operatori, con particolare riguardo a:

- procedure di comunicazione con il paziente ed i suoi cari, relative al coinvolgimento attivo nel processo di cura,
- procedure atte al controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- protocolli per il buon uso degli antibiotici.

Tutta l'attività è improntata all'aggiornamento delle conoscenze attraverso la presenza di attività relative a:

- *Evidence Based Medicine* (EBM), *Health Technology Assessment* (HTA) ed *Evidence Based Nursing* (EBN);
- Implementazione di Linee Guida;
- Definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici e di percorsi informatizzati finalizzati all'integrazione con il territorio;
- Sistemi di misurazione delle performance cliniche e degli esiti.

E' indispensabile che tutti gli strumenti ed i sistemi utilizzati per la gestione del rischio siano formalizzati, accessibili a tutti gli operatori e periodicamente aggiornati.



6. FORMAZIONE

La gestione delle attività di Osservazione Breve Intensiva è affidata esclusivamente a medici, infermieri, ostetrici nel caso di OBI ostetrica e personale di assistenza del PS.

La gestione dell'OBI pediatrica è affidata al personale del P.S. pediatrico o, qualora l'OBI sia annessa all'unità operativa di Pediatria, al personale di questa o del Dipartimento Materno Infantile.

La gestione dell'OBI ostetrica è affidata al personale del P.S. ostetrico o, qualora l'OBI sia annessa all'unità operativa di ostetricia e ginecologia, al personale di questa.

Per mantenere elevati i livelli qualitativi di performance, è opportuno effettuare una rotazione periodica e costante del personale tra l'area di P.S. e quella dell'OBI.

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in OBI, poiché ha lo scopo di fornire alle figure professionali sopra indicate gli strumenti adatti per la gestione dei pazienti, in età adulta o pediatrica, nel *setting* di cura dell'OBI.

I Dipartimenti di Emergenza - Urgenza devono prevedere nell'ambito del programma di formazione un percorso formativo di base per la gestione delle principali situazioni cliniche di pertinenza dell'OBI e una formazione permanente che consenta ai professionisti di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali.

6.1. Formazione di base.

Il personale sanitario che opera in OBI, oltre a possedere la competenza clinica richiesta per l'attività da svolgere in PS (es. BLS, ALS, ATLS, PBL, PALS, gestione delle vie aeree dell'adulto e del bambino), deve avere conoscenza delle linee guida e dei protocolli locali di gestione del paziente in OBI. In particolare, deve essere prevista una formazione specifica relativa ai criteri di ammissione e di esclusione in OBI; tale formazione è realizzata mediante Corsi residenziali teorico-pratici, volti a favorire l'attività di *équipe*.

6.2. Formazione continua.

La formazione continua realizzata mediante lo strumento dell'audit di carattere clinico e organizzativo è volta a verificare periodicamente la competenza clinica e l'adesione alle evidenze scientifiche più recenti e alla normativa vigente nonché alle indicazioni ministeriali sul tema.



7. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANIATRIO (NSIS)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), basato sull'integrazione dei diversi sistemi informativi, rappresenta oggi la più importante banca dati sanitaria a livello nazionale a supporto della programmazione sanitaria nazionale e regionale per misurare qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN.

Esso costituisce, infatti, lo strumento di *governance* per:

- monitorare l'attività dei Servizi Sanitari Regionali attraverso l'analisi del volume di prestazioni e di trattamento erogati;
- supportare le attività gestionali dei SSR per valutare il grado di efficienza e di impegno delle risorse;
- supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- supportare la ricerca e il miglioramento continuo di qualità;
- confrontare ed effettuare *benchmarking* tra strutture pubbliche.

Il conferimento dei dati costituisce anche adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso alla quota premiale. Il patrimonio informativo NSIS viene altresì utilizzato per monitorare l'assistenza relativa all'emergenza urgenza sanitaria che si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario.

7.1. Il sistema EMUR

Il Decreto del 17 dicembre 2008 di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (EMUR), e successive modifiche prevede l'istituzione di un Sistema informativo EMUR per la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, con riferimento sia alle attività del Sistema territoriale 118 che alle attività del Pronto Soccorso. Il flusso EMUR nasce dall'esigenza di rendere disponibili strumenti e metodologie condivisi per consentire l'interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS ed i Sistemi Sanitari Regionali.

Relativamente al Pronto Soccorso, il sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che



riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in P.S., non prevedendone però alcuna specifica per l'area dell'OBI.

In un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di posti letto per acuti, l'OBI offre un *setting* assistenziale di notevole importanza garantendo prestazioni qualitativamente elevate ma che al momento non vengono tracciate, identificate e misurate.

E' necessario, quindi, definire un *data minimum set* da rilevare attraverso il sistema EMUR al fine di rendere possibile la rilevazione dell'attività sanitaria effettuata nell'ambito dell'OBI.

7.2. Data minimum set da rilevare nel sistema EMUR per l'attività di OBI

Le variabili utili alla valutazione di attività dell'OBI saranno integrate dalle informazioni di attività di seguito riportate:

- Problema clinico principale- indica il problema clinico che ha motivato il ricovero in OBI. E' previsto l'uso dei codici ICD-9-CM (v. Tabelle A e B);
- Data di ingresso in OBI - indica la data in cui il paziente viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS);
- Ora di ingresso in OBI - indica l'ora in cui il paziente viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS);
- Prestazioni erogate in OBI - indica i codici delle 5 prestazioni erogate in OBI e giudicate più importanti per gravità clinica ed impegno di risorse: la principale e quattro secondarie. La codifica avviene attraverso l'uso dei codici ICD-9-CM e di codici derivati dalla classificazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Consulenze specialistiche richieste - indica la disciplina ed il numero delle consulenze specialistiche richieste a supporto dell'attività di OBI;
- Diagnosi di uscita dall'OBI - indica la diagnosi principale e le quattro secondarie assegnate alla dimissione dall'OBI. E' previsto l'uso dei codici ICD-9-CM;
- Data e Ora di uscita dall'OBI - indica la data e l'ora di uscita dall'OBI. La data e l'ora di uscita devono coincidere con la data e l'ora di uscita dal P.S.;
- Esito - indica l'esito dell'attività svolta in OBI: ricovero in reparto di degenza, dimissione a domicilio, dimissione con rinvio a strutture ambulatoriali, trasferimento ad altro istituto, decesso.

Il set di informazioni identificate costituisce il *data minimum set*, necessario a tracciare il percorso in



OBI, da rilevare attraverso il sistema informativo dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (flusso EMUR).

8. INDICATORI

Al fine di fornire informazioni utili a descrivere l'attività dell'OBI si individua il seguente set di indicatori, di utilizzo e di performance; per ognuno dei cinque indicatori individuati sono riportati il calcolo e la soglia (v. Tabella 3).

TABELLA 3: INDICATORI OBI					
		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%



9. RILEVAZIONE DEI COSTI E POSSIBILI MODALITÀ DI FINANZIAMENTO

Le modalità di rimborso per l'attività di OBI, attualmente caratterizzate da una variabilità a livello regionale, si basano in generale su due tipologie:

1. **Rimborso a forfait assistenziale**, basato sul numero di postazioni, di personale dedicato, della tecnologia impiegata e del consumo medio di presidi medico-chirurgici.
2. **Rimborso a forfait di prestazioni** effettuate per la gestione delle singole patologie sulla base di linee guida internazionali.

Alcuni studi mirati alla definizione dei "costi standard" per questa tipologia di assistenza hanno applicato metodologie basate sul calcolo del "costo pieno", che tiene conto delle seguenti componenti:

- i tempi di permanenza in OBI (basi di ripartizione);
- i valori medi di complessità dell'attività infermieristica (basi di ripartizione);
- l'importo medio delle prestazioni intermedie eseguite in OBI (costi variabili);
- il costo medio del personale (costo diretto);
- i costi indiretti (es. luce, pulizie) e altri costi diretti (es. farmaci, presidi sanitari e non).

Il costo totale ottenuto dall'applicazione di tali metodologie è il frutto della somma dei costi variabili, del costo del personale, dei costi diretti e indiretti; i primi risultati evidenziano il potenziale risparmio legato alla gestione del paziente in OBI rispetto al ricovero ordinario.



10. CONCLUSIONI

L'osservazione clinica nell'ambito dei servizi di Pronto Soccorso:

- è parte integrante del processo e costituisce la naturale continuità della prestazione di pronto soccorso per alcuni casi selezionati;
- è necessaria per evitare ricoveri inappropriati, che condizionano negativamente la normale attività assistenziale dei servizi d'urgenza e dei reparti di diagnosi e cura.

Il termine "intensiva" applicato all'Osservazione Breve definisce un'assistenza dedicata e con alta intensità di cura, espressa sia nell'istituzione precoce e monitoraggio del trattamento che negli accertamenti diagnostici eseguiti in tempi ristretti.

Il presente documento definisce le linee di indirizzo per l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI), attualmente non normata a livello nazionale, ma prevista in alcune regioni con modalità diverse.

Nel documento si sottolinea che l'OBI:

- fa parte del processo di Pronto Soccorso;
- ha una durata fino a 36 ore dall'ingresso in PS, compreso il tempo di permanenza in Pronto Soccorso, al termine del quale il paziente dovrà essere dimesso o ricoverato;
- è svolta in locali annessi o attigui al Pronto Soccorso, ad eccezione dell'OBI pediatrica e ostetrica che possono essere attuate nei reparti di competenza;
- non può in alcun modo essere utilizzata come pre-ricovero in attesa di posti letto nei reparti di degenza. A tal fine si sono definiti:
 - a. i criteri di ammissione all'OBI per le principali patologie;
 - b. gli indicatori di attività;
 - c. le motivazioni per cui si introduce la denominazione di "postazioni di OBI", e non di posto letto di OBI, che in nessun caso rientra nel numero globale di posti letto dell'ospedale.

Le presenti linee di indirizzo evidenziano la necessità di identificare puntualmente le prestazioni di Pronto Soccorso e di OBI, allo scopo di eliminare quelle situazioni anomale, non rilevabili dai sistemi informativi, in cui i pazienti sostano anche per giorni in Pronto Soccorso in attesa di ricovero e per riconoscere eventualmente una modalità di finanziamento specifica per l'OBI.

L'OBI, pertanto, in un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di posti letto per acuti, può offrire un *setting* assistenziale alternativo al ricovero



tradizionale, garantendo:

- a) il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate ai pazienti;
- b) la maggiore sicurezza ed efficacia del lavoro del PS;
- c) la maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti all'ospedale;
- d) il più razionale utilizzo delle risorse con effetti positivi sulla efficienza e l'efficacia complessiva del sistema di erogazione di questo segmento di cure.

Le indicazioni di cui al presente documento sono state elaborate contemporaneamente all'aggiornamento delle *Linee guida sull'attività di Triage intraospedaliero*, in modo da integrare i due documenti relativamente ai tempi di permanenza dei pazienti nell'ambito delle strutture di emergenza.



TABELLA A): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI ADULTI

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio.	TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento	Monitoraggio parametri: FC, SatO2
	42731 fibrillazione atriale	Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo	elettrica/farmacologica FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC	diagnostico complesso	Somministrazione farmaci antiaritmici
	42789 altre aritmie cardiache	cardioversione elettrica Esclusione di recidive		Scompenso cardiaco e SCA Eventi acuti	ECG Consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico-strumentale Controllo farmacologico di sintomi Approfondimento diagnostico Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Paziente stabile con broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS (≥ 3 aerosol) Sp O2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90% Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio parametri vitali O2-terapia Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici Monitoraggio parametri: PA, fundus, TC, RMN; Consulenza neurologica Trattamento sintomatico	Cefalea con obiettività neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza miglioramento dopo primo approccio farmacologico	Instabilità emodinamica Eventi acuti concomitanti	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)



CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CONVULSIONI	780.39 Crisi convulsiva SAI	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico e strumentale Approfondimento diagnostico e differenziale Trattamento farmacologico	Anamnesi positiva di crisi convulsiva con stato post critico prolungato, con accertamenti negativi o con crisi convulsiva da sostanze tossiche o da sospensione di alcool o con elevato rischio di ricorrenza della crisi	Primo episodio Condizioni cliniche instabili Eventi acuti concomitanti	Monitoraggio parametri vitali somministrazione farmacologica esami ematologici
DIARREA	787.91 Diarrea SAI	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali. Monitoraggio clinico. Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Controllo farmacologico dei sintomi. Terapia con fluidi	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche, associata o meno a vomito.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di dolore addominale intenso, febbre e immunodepressione. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG Esami: routine Rx torace Emoculture Coproculture
DISIDRATAZIONE	276.51 Disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico, in particolare anziani	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi, disturbi della deglutizione, comorbidità	Monitoraggio Introdotto/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG



CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	786.50 Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico –strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriati. Approfondimento diagnostico - strumentale	Pazienti co.: ECG normale o non diagnostico con markers di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA).	† Pazienti con probabilità bassa di SCA, abuso di droghe, instabilità clinica. Presenza dei criteri per ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG: 0-4/6-12 h; Esami: routine + TN a 3-6h Rx torace eco cuore test da sforzo o eco stress
GESTIONE DEL DOLORE	3380 Sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico. Controllo farmacologico dei sintomi. Analgesia loco-regionale.	Pazienti con dolore medio- grave (VAS > 7) che non cede ad un trattamento appropriato eseguito in Pronto Soccorso, o in cui è necessario stabilire un'analgesia continua o locoregionale (es. analgesia epidurale)	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.	Esami: routine Accesso venoso periferico/centrale Infusione ev di terapia Blocco loco-regionale
INTOSSICAZIONI	960 - 979 (avvelenamento da farmaci, medicamenti e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico- strumentale e di laboratorio. Terapia generale e specifica Decontaminazione o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Valutazione della risposta alla	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope o altre sostanze tossiche con latenza di effetti < 24H o con clearance completa del farmaco < 30 H o con risposta efficace e completa dell'antidoto specifico e/o specifico in paziente stabile	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Comorbidità e/o presenza di eventi acuti. Stato di agitazione non controllabile	Monitoraggio parametri vitali Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti Monitoraggio ECG EGA Esami di routine Doppio accesso venoso ev CVC Gastrolusi



CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	(esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	terapia			Catarsi salina Ev EGDS Rx torace
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Monitoraggio clinico strumentale. Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni cutanee non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri vitali Somministrazione farmaci
SCOMPENSO CARDIACO	4280 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio: Classe NYHA I II	Primo episodio. Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente. Classe NYHA III e IV	Monitoraggio multiparametrico EGA Esami: routine + a 12 H Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev
SINCOPE	780.2 Sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione e monitoraggio ECG consulenza cardiologica e neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici : TC, RMN	Ad etiologia indeterminata o inspiegata a rischio intermedio-alto	Condizioni cliniche instabili Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	EGA ECG consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali



CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
SINDROME VERTIGINOSA	7804 Stordimento e capogiro	Inquadramento clinico, strumentale e di laboratorio: esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TC Controllo farmacologico dei sintomi	Paziente con vertigine in atto che non consente dimissione	Deficit neurologico cerebellare o insufficienza vertebro-basilare. Instabilità clinica Comorbidità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	Inquadramento ed approfondimento diagnostico strumentale dell'etiologia del dolore mediante esami mirati Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore. Dolore di recente insorgenza, in paziente stabile e che non necessita di procedura chirurgica	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore POLITRAUMA o condizioni cliniche instabili o in deterioramento	Valutazione mediante scale Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali
TIA	4359 Ischemia cerebrale transitoria non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti con TC negativa, deglutizione normale, livello normale di coscienza, assenza di crisi ipertensiva o comiziale, in cui sia stata esclusa l'origine cardioembolica e con un ABCD2 score <4.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	ECG Esami: routine TC encefalo Eco doppler TSA
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 8501	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo	GCS ≥ 14, senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbidità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti che	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o



CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	conoscione con breve perdita di coscienza	cranico Approfondimento diagnostico-strumentale	antiaggregazione Dinamica a bassa energia	rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica



TABELLA B): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI PEDIATRICI

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo; monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica	TPS in paziente con precedenti crisi Fibrillazione atriale già in trattamento Previsione di dimissibilità entro le 36 ore	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG consulenza cardiologica
	42731 fibrillazione atriale	Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive			
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali esami ematologici e radiologici Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Broncospasmo e dispnea grado medio, non risolta al primo trattamento in PS SpO2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico grave SaO2 < 90% (Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Somministrazione broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
	4661 bronchiolite acuta	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Ricerca VRS su aspirato nasale Terapia farmacologica e somministrazione ossigeno Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Forme di media entità con SaO2 > 90% e età > 1 mesi	Associazione con fattori di rischio (prematurità, cardiopatia, basso livello socio-economico); condizioni che ne consigliano un ricovero ordinario	Monitoraggio Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2 terapia Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica Idratazione ev EGA ricerca RSV



CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CEFALEA	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN); Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia antalgica	Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme Gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI	780.31 convulsioni febbrili (semplici), non specificate	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali accertamenti ematochimici, Esclusione infezioni SNC. Trattamento patologia febbrile	Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici	Convulsioni febbrili complesse Stato di male febbrile	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC somministrazione benzodiazepine esami ematologici per definire la natura della febbre
DISIDRATAZIONE	27.51 disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio non migliorati con reidratazione per os e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi	Monitoraggio Introdotto/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
EPILESSIA	345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	Monitoraggio parametri vitali e trattamento crisi, se in atto. Esecuzione esami specifici (EEG, RMN), dosaggio ematico farmaco utilizzato, Consulenza neurologica, Valutazione trattamento	Epilessia già nota Paziente con crisi responsiva al trattamento e che necessita di osservazione o approfondimento diagnostico	Stato di male Crisi subentranti	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC EEG consulenza NPI dosaggio farmaci anticonvulsivi somministrazione farmaci anticonvulsivi



CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
FEBBRE	780.6 febbre	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS Eventuale inizio terapia specifica	Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese	< 1 mese, fontanella ant. bombata, rigidità nucale, cefalea intensa, cond. generali scadenti, quadro di shock settico	Monitoraggio FC Indici di flogosi Esami culturali Somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO	934 corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Studio radiologico Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo Valutazione nelle ore successive	Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo	Distress respiratorio grave Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
INFEZIONE DELLE VIE URINARIE	599.0 infezione del sistema urinario, sito non specificato	Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici ed urinari, Ecografia apparato urinario, Inizio terapia con valutazione risposta	Età > 3 mesi	Età < 3 mesi, aspetto settico	Esame urine Urinocoltura Indici di flogosi monitoraggio T° somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI	9330 c. e. nel faringe 9351 c. e. nell'esofago 9352 c. e. nello stomaco 936 c. e. nell'intestino tenue e nel colon	Rimozione in endoscopia del corpo estraneo Osservazione transito se arrestato nello stomaco del corpo estraneo	Ingestione di sostanze estranee che per forma, dimensioni o composizione possano arrecare lesioni alle mucose	Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC



CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
INTOSSICAZIONI	960-979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio parametri vitali e trattamento del sintomo Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Monitoraggio clinica e valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche Dimiassibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Patologie internistiche concomitanti o preminenti. Pazienti con evidente volontà autolesiva Stato di agitazione PGCS $\leq$ 11	Monitoraggio parametri: FR, SatO₂, FC Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti ECG
LARINGITE	4640 laringite acuta	Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica Monitoraggio nelle ore successive della risposta alla terapia.	Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 6)	Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano il ricovero ordinario	Monitoraggio parametri: FR, SatO ₂ , FC O ₂ -terapia Aerosolterapia con adrenalina e budesonide Somministrazione cortisone per os
LINFOADENOPATIA	7856 linfadenomegalia	Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con esami ematochimici	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimiassibilità entro le 36 ore	Forte sospetto di malattia oncologica Quadro con chiara indicazione	Indici di flogosi Sierologia per EBV Ecografia



CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
		ecografia Eventuale inizio terapia specifica	Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	chirurgica	Consulenza ORL Somministrazione farmaci
POLMONITE	486 polmonite, agente non specificato	Esecuzione accertamenti ematologici e radiologici per inquadramento diagnostico Inizio terapia antibiotica con valutazione risposta	Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico	Cianosi a riposo, distress grave	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Indici di flogosi Sierologia Mycoplasma Rx torace ecografia torace Somministrazione antibiotici ev/os
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con adrenalina, cortisonici, antistaminici ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolvibili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Somministrazione farmaci (antistaminici, cortisone)
SINCOPE	780.2 sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione ECG e consulenza cardiologica, neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici (visita neurologica, TC, RMN)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	EGA ECG consulenze specialistiche (cardiologica/NPI)
SINDROME VERTIGINOSA	7804 stordimento e capogiro	Inquadramento clinico esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TCc	Paziente con vertigine in atto	Deficit neurologico, compromissione della coscienza	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL/NPI
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI	7865 dolore toracico 788.0 colica renale	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore	Valutazione mediante scale adeguate all'età Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali per



CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	789.0 dolore addominale	specifico			definire la causa
	338.11 dolore acuto da trauma	Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata			
TRAUMA ADDOMINALE PELVICO CHIUSO	922.2 contusione della parete addominale				
	843 distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia 846 regione sacro-iliaca 847.2 lombare 847.3 del sacro 847.4 del coccige 911 traumatismi superficiali tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Esami radiologici/ecografici Terapia antalgica
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 conoscenza con nessuna perdita di coscienza 850.1 conoscenza con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS ≥ 14 , sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma molle con EO neurologico negativo) Dinamica del trauma banale	Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica



CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TRAUMA TORACICO CHIUSO	922.1 contusione della parete toracica, 847.1 distorsioni e distrazioni del torace 911 traumatismi superficiali del tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Esami radiologici Terapia antalgica



BIBLIOGRAFIA

- 1) Ottani F, Binetti N, Casagrande I, et al. Percorso di valutazione del dolore toracico. Valutazione dei requisiti di base per l'implementazione negli ospedali italiani. *G Ital Cardiol* 2009; 10: 46-63
- 2) American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Annals of Emergency Medicine* 2000; 36(4):406-15
- 3) Brignole M, Ungar A. Diagnosi e terapia della sincope. Manuale GIMSI sulle perdite transitorie di coscienza di sospetta natura sincope. A cura del Gruppo Italiano Multidisciplinare per lo Studio della Sincope-GIMSI. CG Edizioni Medico Scientifiche. Torino. 2009.
- 4) Agenzia per i Servizi Sanitari regionali (ASSR). Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). Trattamento del trauma cranico minore e severo. Linee guida nazionali di riferimento. 2006
- 5) Mace SE. Asthma in the observation unit. *Emerg Med Clin North Am.* 2001;19:169-85
- 6) Casagrande I, Vitale E, Giuffrè E, Cecconi D. La disidratazione nell'adulto e nell'anziano. *ECJ* 2007; 3 (n.3):12-14
- 7) Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. IDSA Guidelines. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis.* 2006;32:331-350
- 8) Dekker WW, Smars PA, Vaidyanathan L, et al. A prospective, randomized trial of an emergency department observation unit for acute onset atrial fibrillation. *Ann. Emerg. Med* 2008 Oct;52(4): 322-8
- 9) Aldea-Molina E, Gomez J, Royo R et al. Emergency department observation unit: an adequate place for the management of atrial flutter. *Emergencias.* 2008;20:101-107
- 10) T. Lemke, R. Wang "Emergency department observation for toxicologic exposures" *Em Med Clin North Am*, vol.19/1 pag.155-167, feb.2001
- 11) Peacock WF, Fonarow GC, Anderson DS, et al. Society of chest pain centers recommendations for the evaluation and management of the observation stay acute heart failure patient: A report from the society of chest pain centers acute heart failure committee. *Crit Pathw Cardiol* 2008;7:83-86.
- 12) Collins SP, Lindsell CJ, Naftilan AJ. Low-risk acute heart failure patients: External validation of the society of chest pain center's recommendations. *Crit Pathw Cardiol* 2008;7:83-86.
- 13) Collins SP, Pang PS, Fonarow GC, Yancy CW, Bonow RO, Gheorghiade M. Is hospital admission for heart failure really necessary?: the role of the emergency department and observation unit in preventing hospitalization and rehospitalization. *J Am Coll Cardiol* 2013 Jan 15;61(2):121-6.
- 14) Keating L, Smith S. Acute pain in emergency department: The Challenges. *Br J Pain* 2011;5:13-17
- 15) American College of Emergency Physician. Clinical and practice management. 2009 Policy Statement. <http://www.acep.org/Content.aspx?id=48089>
- 16) Seemungal BM and Bronstein AM (2008). A practical approach to Acute Vertigo. *Practical Neurology* 2008 Aug;8(4):211- 21.



- 17) Nahab F, Leach G, Kingston C, et al. Impact of an emergency department observation unit transient ischemic attack protocol on length of stay and cost. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2012 Nov;21(8):673-8
- 18) Grattan CE, Humphreys F; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol.* 2007 Dec;157(6):1116-23.
- 19) American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with seizures. *Ann Emerg Med.* May 2004;43(5):605-25
- 20) Kelly A. Headache. In: Mace SE, Ducharme J, Murphy MF (eds). *Pain Management & Sedation Emergency Department Management.* New York: McGraw-Hill, 2006, ch 38, pp279-286.

SITOGRAFIA

www.acemc.it/

AcEMC - Academy of Emergency Medicine and Care

www.simeu.it/

SIMEU - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza

www.simeup.com/

SIMEUP - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica

www.fimeuc.org/

FIMEUC - Federazione Italiana Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi

www.aniarti.it/

ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Area critica

www.triage.it/

GFT - Gruppo Formazione Triage

Il documento di Linee di indirizzo nazionali di Osservazione Breve Intensiva (OBI) è stato redatto con il contributo dell'AGENAS, delle Regioni e delle Società Scientifiche di settore (SIMEU, SIMEUP, FIMEUC, ANIARTI, AcEMC, GFT)



Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage Gruppo di lavoro istituito con Decreto Direttoriale del 12 dicembre 2012	
Coordinatore	
Francesco Bevere	Direttore Generale - Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Componenti	
Cinzia Barletta	Referente FIMEUC
Ivo Casagrande	Referente AcEMC
Francesco Enrichens	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS
Gianfranco Finzi	ANMDO
Gabriella Guasticchi	Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Lucia Lispi	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Direttore Ufficio X
Angelo Muraglia	Commissione Salute - Regione Abruzzo
Angela Rita Panuccio	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Coordinatore Ufficio V
Francesco Perlasca	Commissione Salute - Regione Lombardia
Giorgio Pia	Commissione Salute - Regione Sardegna
Luciano Pinto	SIMEUP
Silvia Scelsi	ANIARTI
Beniamino Susi	SIMEU
Segreteria tecnica	
Maria Cristina Trotta	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio V



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL
PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO
IN PRONTO SOCCORSO*



SOMMARIO

SOMMARIO.....	2
PREMESSA.....	3
1. DEFINIZIONI.....	6
1.1 SOVRAFFOLLAMENTO (OVERCROWDING).....	6
1.2 IPERAFFLUSSO.....	6
1.3 BOARDING.....	7
2. FATTORI RILEVANTI.....	7
2.1 FATTORI DI INGRESSO.....	8
2.2 FATTORI INTERNI.....	10
2.3 FATTORI DI USCITA.....	12
2.4 FATTORI DI UMANIZZAZIONE.....	13
3. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO.....	14
3.1 RESPONSABILITA'.....	16
4. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO SISTEMA DI MONITORAGGIO.....	17
APPENDICE: QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	
ALLEGATO: BED MANAGEMENT	
APPENDICE: QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	



PREMESSA

Il Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la *mission* del Pronto Soccorso appare complessa: "garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita".

In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si parla di **sovraffollamento** (*overcrowding*). Tale fenomeno deve essere nettamente distinto dalle così dette "maxi-emergenze", il cui determinismo si basa su cause diverse e che richiedono l'attuazione di specifiche misure organizzative.

Tra le cause che determinano tale fenomeno, si considerano fattori in ingresso ("*input*"), fattori interni strutturali ("*throughput*") e fattori di uscita ("*output*").

Il fattore *input* si riferisce ad un eccessivo e rilevante accesso di utenti al Pronto Soccorso, determinato negli ultimi anni dall'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento del numero di pazienti complessi, dall'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura; è noto che una parte di tali bisogni assistenziali potrebbe trovare risposte adeguate già nell'ambito del contesto territoriale, attraverso gli strumenti della presa in carico all'interno di specifici percorsi assistenziali integrati tra territorio, ospedale e assetto domiciliare.

Il fattore *throughput* fa riferimento ad un rallentamento dei percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche che necessitano della collaborazione dei servizi specialistici;

Il fattore *output* comprende sia la difficoltà a ricoverare per indisponibilità di posto letto nelle Unità Operative di destinazione, sia il prolungamento della durata di ricovero dovuta, ad esempio, ad un insufficiente livello di efficienza dei servizi diagnostici intraospedalieri, sia la difficoltà a dimettere i pazienti al termine dell'episodio di ricovero, con particolare riguardo ai pazienti in condizione di fragilità sul piano socio-sanitario. Anche tali difficoltà sono riconducibili in gran parte all'insufficienti diffusione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) intraospedalieri e integrati tra ospedale e territorio.



I fattori in ingresso ("input"), i fattori interni strutturali ("throughput") e i fattori di uscita ("output") possono concorrere a determinare il prolungato stazionamento dei pazienti già valutati e in attesa del posto letto all'interno del Pronto Soccorso (così detto *boarding*) che determina un notevole assorbimento di risorse operative soprattutto all'interno dei servizi di emergenza dei presidi sede di DEA di secondo livello.

Un elemento degno di rilievo è dato dal fatto che i picchi di sovraffollamento all'interno del Pronto Soccorso determinano conseguenze indesiderabili e molto rilevanti sul piano qualità delle cure e della sicurezza per i pazienti e per gli operatori, oltre ad un' inadeguata garanzia di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Tali effetti negativi possono manifestarsi con diverse modalità; in particolare, sui Pazienti: ridotta efficienza dei processi di valutazione e trattamento

- incremento dei tempi di attesa;
- riduzione della tutela della riservatezza;
- riduzione del livello di soddisfazione da parte del paziente;
- aumento del fenomeno dell'allontanamento da Pronto Soccorso prima del completamento del percorso clinico.

Gli effetti sugli Operatori possono essere così schematizzati:

- riduzione della motivazione e della gratificazione;
- aumento di incidenza del fenomeno di *burn-out*;
- aumento degli episodi subiti di violenza da parte degli utenti.

Il fenomeno del sovraffollamento in pronto soccorso può causare ripercussioni anche sugli aspetti organizzativi dell'assistenza, in primo luogo determinando alterazioni del funzionamento del sistema di emergenza territoriale legate al fenomeno del "dirottamento" delle ambulanze presso altri presidi; un ulteriore effetto indesiderabile è dato dal prolungato stazionamento dei mezzi di soccorso all'arrivo in ospedale, per l'indisponibilità di barelle sulle quali trasferire i pazienti trasportati (così detto "blocco barelle").

E' evidente che tutte le condizioni fin qui elencate possono facilmente tradursi nell'incremento del contenzioso legale e dei relativi costi correlati.

Nel nostro Paese il fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso è tutt'ora presente e particolarmente accentuato in alcuni periodi dell'anno (ondate di caldo in estate, ondate di freddo in inverno, picchi d'influenza...), soprattutto in particolari contesti come i presidi ospedalieri delle aree



metropolitane. Una delle prime risposte che il Servizio Sanitario ha messo in atto per contrastare il fenomeno del sovraffollamento è stata l'individuazione di un sistema di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure, il Triage infermieristico, che ha favorito, contestualmente, anche una serie di altre iniziative tese a dare una risposta strutturale alla presa in carico a livello territoriale, pre e post ospedaliera.

Al fine di garantire una presa in carico del problema e consentire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini che si rivolgono al Pronto Soccorso, è necessario un impegno comune di tutti i livelli Istituzionali coinvolti, delle Direzioni Strategiche Aziendali e delle Direzioni di Presidio Ospedaliero e di Dipartimento, oltre che dei diversi servizi che interagiscono in ambito ospedaliero e nell'interfaccia tra il contesto ospedaliero e quello territoriale/domiciliare. Ciò in quanto il fenomeno non può essere considerato un evento di esclusiva pertinenza del Pronto Soccorso e richiede, pertanto, una molteplicità di interventi di livello sistemico e locale, volti alla corretta pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri.

Gli interventi di sistema riguardano prevalentemente l'interazione funzionale tra ospedale e territorio, tramite la definizione dei ruoli e delle reti sia ospedaliere che territoriali.

Particolare importanza riveste l'organizzazione della rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza secondo il modello *"hub & spoke"*, con la conseguente classificazione delle strutture ospedaliere in funzione della diversa complessità clinico-assistenziale, differenziando i presidi ospedalieri in sedi di Pronto Soccorso, DEA di 1° livello e DEA di 2° livello. In coerenza, anche il Servizio di emergenza territoriale 118 dovrà condividere con le strutture dell'emergenza-urgenza ospedaliera specifici protocolli, finalizzati all'appropriata e congrua gestione dei pazienti, in relazione alla stabilità del quadro clinico, al ruolo degli ospedali nella rete dell'emergenza-urgenza e all'effettiva capacità assistenziale della struttura ricevente.

Infine, nell'ambito degli interventi di sistema, assume particolare rilevanza l'informazione al cittadino riguardo le differenti tipologie di risposta assistenziale in relazione ai diversi bisogni di salute, al fine di evitare l'improprio ricorso ai servizi di emergenza.

La pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri dovrà identificare un insieme di interventi organici, atti ad accompagnare tutte le fasi del percorso assistenziale, a partire da Pronto Soccorso, passando per la fase di ricovero e fino al momento della dimissione.

Pertanto, le presenti Linee di Indirizzo per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso dovranno condurre alla definizione di strategie per la corretta gestione dei pazienti



urgenti, anche al fine di contribuire al superamento delle disuguaglianze ancora oggi osservabili tra i diversi contesti regionali ed aziendali.

1. DEFINIZIONI

1.1 Sovraffollamento (*overcrowding*)

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

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

Il sovraffollamento ha gravi conseguenze:

- sui pazienti: peggioramento degli *outcome*: aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, ridotta soddisfazione del paziente, esposizione agli errori;
- sugli operatori: mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica, aumento dello stress e del *burn out*, aumento degli episodi di violenza verso gli operatori stessi;
- sul sistema: aumento della lunghezza di permanenza in Pronto Soccorso e della degenza in ospedale.

1.2 Iperafflusso

L'iperafflusso si verifica quando il numero dei pazienti che si presentano in Pronto Soccorso (trasportati in ambulanza o con mezzi propri) supera il 91° percentile dei pazienti che mediamente si presentano (calcolato cioè sulla base della distribuzione degli accessi dei 12 mesi precedenti) per un tempo definito.

E' possibile distinguere almeno due situazioni di iperafflusso:

- 1) presenza di massiccio afflusso di feriti e malati in occasioni di eventi imprevedibili che coinvolgono numerose persone. Questa situazione deve essere gestita con il Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF);



- 2) situazioni di iperafflusso temporalmente delimitate come nel caso di epidemie stagionali (ad esempio picco influenzale) oppure in alta stagione nelle località turistiche. Queste situazioni sono prevedibili e devono essere affrontate con il Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS).

1.3 Boarding

È la “cattiva pratica” di tenere pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o giorni per la mancanza di posti letto; rappresenta la causa primaria del sovraffollamento del Pronto Soccorso. Le conseguenze del *boarding* sono:

- per i pazienti: aumento della morbidità, della lunghezza del ricovero, della mortalità e aumento della sofferenza di quelli che aspettano distesi sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o anche giorni;
- per gli operatori: aumento dello stress e *burn out*, diminuzione della capacità di rispondere alle emergenze e ai disastri;
- per il sistema: la diversione o il blocco delle ambulanze, l'aumento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.

2. FATTORI RILEVANTI

Facendo riferimento ad uno dei più noti modelli di flusso del sistema di emergenza basato su 3 macro fasi¹: *Input* (fattori in ingresso)/*Throughput* (fattori interni)/*Output* (fattori in uscita), è stato ampiamente dimostrato che il maggior contributo al sovraccarico del sistema è determinato non solo dai fattori di **ingresso**, quanto dai fattori di **processo** e di **uscita**. Questi ultimi, contrariamente al primo, sono significativamente modificabili adottando adeguate strategie organizzative.

Tra i fattori di “**input**”, oltre gli aspetti già citati quali, l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali o non soddisfatti in ambiti appropriati di presa in carico del territorio, dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento del numero di pazienti complessi, dall'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura, si riscontra un incremento degli accessi per patologie legate all'epidemiologia stagionale (es. epidemie influenzali e ondate di calore).

¹ Aspil et al. 2003



Tra i fattori di **"throughput"** quello che incide maggiormente sul progressivo aumento dei tempi di permanenza in PS è la necessità di attivare consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici strumentali, in particolare quelli di livello più avanzato (es. TAC). Tali elementi intervengono sempre con maggiore frequenza, sia per l'aumento dell'età media dei pazienti e delle comorbidità, sia per le evidenti necessità del sistema di dover garantire ricoveri appropriati e dimissioni sicure.

Tra i fattori di **"output"** pesa maggiormente la difficoltà a ricoverare tempestivamente, per carenza di posti letto disponibili a favore dei ricoveri urgenti da Pronto Soccorso o per inefficiente gestione degli stessi. L'effetto, come già definito, è noto con il termine di **"boarding"**.

Il sistematico monitoraggio dei tempi di attesa nelle fasi di ingresso, processo e uscita dal Pronto Soccorso deve essere posto alla base di qualsivoglia iniziativa organizzativo-gestionale tesa all'ottimizzazione del percorso del paziente in emergenza-urgenza. Al riguardo, le Regioni potranno valutare la possibilità di adottare sistemi/applicativi per il monitoraggio aventi caratteristiche funzionali omogenee, per garantire standard di identificazione, cura e dimissioni appropriati.

2.1 Fattori di ingresso

Seppure negli anni si sia molto lavorato al fine di promuovere un utilizzo appropriato del Pronto Soccorso, sia con interventi sulla rete che sui cittadini, permane una quota di accessi che potrebbero trovare adeguata risposta presso le strutture delle cure primarie a partire dalla medicina generale e continuità assistenziale o mediante un più corretto indirizzamento verso la struttura specialistica di competenza (Pronto Soccorso specialistico, reparto, percorso ambulatoriale).

Tra gli accessi evitabili possono essere considerate le cosiddette *"condizioni suscettibili di trattamento ambulatoriale"* tra cui le principali patologie croniche, i *"doppi accessi"* legati a un non appropriato funzionamento della rete dell'emergenza territoriale, più in generale gli accessi ripetuti (es. *frequent users*) nonché tutti gli accessi *"impropri"* legati ai modelli organizzativi territoriali (es. orari) ed alle abitudini dei pazienti.

In generale le azioni che possono essere introdotte richiedono un'azione integrata con la rete dei servizi territoriali sanitari e sociali presenti a livello locale.

Di seguito sono elencate le principali azioni da attuarsi a livello di rete dei servizi ospedalieri e territoriali:



- Definizione per ciascun territorio di percorsi di "affidamento diretto" per la presa in carico da parte delle Unità Operative Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle stesse (es. pazienti oncologici- nefrologici-ematologici- supporto trasfusionale-urologici).
- Definizione per ciascun territorio di percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali con classe di priorità di tipo U (entro 72 ore).
- Implementazione presso ciascun Pronto Soccorso di modalità strutturate per la gestione l'informazione/indirizzamento dei pazienti verso la rete dei servizi sociali sociosanitari per percorsi complessi.
- Definizione per ciascun territorio di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent user".
- Definizione per ciascun territorio di percorsi condivisi tra ospedale e territorio per la gestione del "fine vita" con particolare riferimento ai pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e in strutture protette.
- Realizzare e rafforzare i servizi territoriali e soprattutto la loro capacità di intercettare quanto sarebbe inappropriato nell'ambito del Pronto Soccorso, incentivando la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) o anche di Case della salute e Ospedali di Comunità, Hospice.
- Attivazione di soluzioni volte a migliorare l'accessibilità ai servizi di continuità assistenziale, quali ad esempio l'attivazione del numero unico europeo 116117².
- Il sistema di emergenza territoriale, per ottimizzare la gestione dell'afflusso in Pronto Soccorso, nel rispetto delle condizioni cliniche del paziente, dovrà tener conto dei livelli di affollamento, tramite l'opportuna assegnazione dei pazienti coinvolgendo anche i presidi ospedalieri limitrofi.

2.2 Fattori interni

Il corretto bilanciamento della domanda con la reale capacità produttiva del servizio rappresenta la premessa per la fluidità del percorso assistenziale in emergenza-urgenza.

Se in un sistema a domanda non programmata come il Pronto Soccorso, corrisponde una capacità produttiva tendenzialmente fissa si osserveranno fasi di utilizzo sub-ottimale delle risorse, per

² Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016



eccesso di capacità produttiva e fasi di “stress” del sistema, con creazione esponenziale di code, per la gestione dell’eccesso di domanda.

Il percorso del paziente all’interno del Pronto Soccorso sarà fluido se non ci saranno vincoli. Se una risorsa (es. medico, infermiere, consulente, servizio diagnostico, posto letto ...) ha una richiesta che supera la sua capacità produttiva, questo rappresenta un vincolo nel sistema di flusso e pertanto genererà coda proprio nel punto di erogazione di tale attività.

Tali sbilanciamenti possono essere ben tollerati dai sistemi se occasionali e di breve durata; situazioni di cronico sbilanciamento tra domanda e capacità produttiva minano la fluidità del percorso creando situazioni di sovraffollamento con evidenti ripercussioni. Un flusso sarà regolare se in tutte le fasi del percorso le risorse disponibili equilibrano la domanda.

Una corretta stima della domanda deve tenere conto delle fluttuazioni, significative e non casuali, che si registrano nelle diverse fasce orarie del giorno (24 h), di aspetti epidemiologici particolarmente rilevanti e prevedibili in alcuni mesi dell’anno (es. epidemia influenzale) ma anche di aspetti organizzativi che riguardano più strettamente il sistema ospedale ma che impattano significativamente con l’organizzazione del Pronto Soccorso (es. riduzione delle dimissioni dai reparti nel fine settimana, riduzione temporanea di posti letto per le ferie estive etc.).

In linea generale l’adozione di iniziative per migliorare il flusso implica una profonda conoscenza delle caratteristiche della domanda e richiedono un grosso sforzo organizzativo nel modulare in modo flessibile la capacità produttiva sia del sistema ospedale che del sottosistema Pronto Soccorso. I tempi per l’esecuzione di indagini diagnostiche (radiologiche e di laboratorio) e consulenze nonché le relative fasi di attesa, rappresentano, nell’esperienza, componenti rilevanti del tempo complessivo di permanenza in Pronto Soccorso.

Pertanto, si rende necessario garantire la tempestiva esecuzione e refertazione delle prestazioni diagnostiche, non solo per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso, ma anche per i pazienti degenti, al fine di consentire il più rapido *turn over* del posto letto. A tale scopo, i tempi di completamento dei processi diagnostici in parola saranno definiti e condivisi anche attraverso la formale adozione di specifici protocolli organizzativi aziendali e sovra-aziendali che, tenendo conto dei livelli di operatività delle tecnologie disponibili, possano incrementare il grado di efficienza di utilizzo delle medesime. Infatti, la sistematica adozione di un modello efficiente di utilizzo delle risorse diagnostiche disponibili, permette di contenere il ricorso, in condizioni di criticità del Pronto Soccorso, a strategie estemporanee di riduzione dell’attività elettiva che, qualora rivolta ai pazienti degenti, inciderebbe negativamente sull’efficienza dell’intervallo di *turn over*.



Tra i processi di supporto, oltre ai servizi diagnostici e alle consulenze sono da segnalare i trasporti intra ed inter-ospedalieri che devono essere dimensionati in relazione alle modifiche giornaliere e stagionali dei fabbisogni.

Di seguito sono elencate le principali azioni utili a contrastare il fenomeno; tali azioni devono sempre tenere conto del grado di complessità clinica espressa dal Paziente e del relativo grado di intensità assistenziale che la struttura assistenziale è tenuta ad esprimere:

- Adozione di protocolli per la gestione di casi clinici specifici (es.: dolore toracico, ictus...);
- Adozione dei percorsi di *Fast Track* per prestazioni a bassa complessità;
- Monitoraggio dei tempi di esecuzione e refertazione degli esami radiologici, di laboratorio e delle consulenze, per incrementare il grado di efficienza della fase di processo;
- Individuazione di percorsi dedicati per le prestazioni specialistiche rivolte al Pronto Soccorso, che devono essere separati da quelli rivolti ai pazienti degenti e ambulatoriali; inoltre, per garantire la tempestività di completamento dell'iter diagnostico in Pronto Soccorso, deve essere sempre specificato il livello di priorità distinguendo tra "emergenza" ed "urgenza";
- Adozione di strumenti di comunicazione (sistemi informativi) volti a condividere con i servizi ed il personale coinvolto i livelli di priorità e le informazioni sullo stato di avanzamento dei percorsi;
- Rilevazione dei carichi di lavoro e adeguamento delle risorse adottando anche modalità organizzative che consentano la flessibilità degli organici attivi in funzione del reale grado di attività del servizio nei periodi di prevedibile iperafflusso;
- Adeguamento della dotazione organica di personale anche in funzione del ruolo svolto nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza (Pronto Soccorso, DEA I livello, DEA II livello) e della presenza di strutture quali la Medicina d'urgenza, della Terapia sub intensiva, etc...
- Attuazione di strategie di "rinforzo temporaneo" del personale medico, infermieristico e di supporto.

Secondo i disposti del DM 70/2015, le funzioni di Medicina e Chirurgia di Accettazione-Urgenza (MeCAU), di Pronto Soccorso e di Osservazione Breve Intensiva (OBI) costituiscono strumenti indispensabili per la corretta operatività del percorso in emergenza-urgenza e per un'efficace azione di contrasto al *boarding*; è auspicabile che tali funzioni siano coesistenti all'interno di una stessa unità operativa e che agiscano in stretta correlazione funzionale con le altre articolazioni organizzative ospedaliere ed aziendali.



2.3 Fattori di uscita

In condizioni di iperafflusso, uno dei fattori più rilevanti per evitare gravi situazioni di sovraffollamento è la possibilità di ricoverare tempestivamente i pazienti che ne hanno indicazione.

Su questo aspetto è possibile intervenire con diverse azioni tra le quali:

- Definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del Pronto Soccorso, al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio.
- Implementazione di un cruscotto in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o che si renderanno disponibili in tempi brevi.
- Pianificazione di un numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del Pronto Soccorso, anche attraverso il monitoraggio della durata di degenza dei pazienti.
- Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione dai reparti anche nei giorni prefestivi e festivi, soprattutto a ridosso del fine settimana, almeno per quei pazienti che dispongano già o non richiedano un percorso di presa in carico a livello territoriale.
- Adozione di specifiche procedure organizzative aziendali e interaziendali che garantiscano il rapido *back transfer* dei pazienti dai centri *Hub* di riferimento ai centri *Spoke*, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pazienti.
- Definizione di accordi di rete con i presidi ospedalieri e/o cliniche, che non hanno ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza, per la disponibilità di posti letto per acuti e per post-acuti.
- Istituzione della stanza/area di ricovero ("*Admission Room*"), aree dell'ospedale ed esterne al Pronto Soccorso, dedicate ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento.
- Definizione di percorsi che consentano, nelle situazioni più gravi, di rendere operativa la possibilità di ricovero in altro presidio ospedaliero, previa verifica della reale disponibilità del Posto Letto, e senza interferire significativamente con l'attività di accettazione dell'altro Pronto Soccorso / Ospedale.
- Definizione di percorsi ambulatoriali post-Pronto Soccorso per la presa in carico del paziente al fine di garantire una dimissione sicura e una minore percentuale di re-ingressi in Pronto Soccorso.



- Ove non presente, si ritiene funzionale procedere alla implementazione del programma informatico gestionale di Pronto Soccorso che consenta la visualizzazione in tempo reale di Posti Letto (ordinari e di terapia intensiva).
- Blocco temporaneo dei ricoveri programmati o non urgenti per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento.

Inizialmente tale soluzione dovrà interessare le Unità Operative dell'area medica, compresa l'area medico-specialistica, e in seconda istanza le Unità Operative dell'area chirurgica.

La sospensione dei ricoveri programmati nell'area chirurgica richiede azioni che implicano una complessità organizzativa notevole. Pertanto, tale blocco andrà attuato valutandone la compatibilità con il mantenimento dei tempi di attesa previsti per le attività chirurgiche programmate.

A questo proposito, riveste particolare rilevanza strategica l'implementazione delle funzioni di *Bed Management*, orientate all'ottimizzazione dell'utilizzo della risorsa "posto letto" mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione (Allegato).

2.4 Fattori di umanizzazione

Ogni persona che accede al Pronto Soccorso ha diritto al rispetto della propria dignità personale che deve essere garantito sia in termini di condizioni strutturali e/o tecnologiche del Pronto Soccorso, che dai comportamenti degli operatori e da una comunicazione efficace rivolta ai pazienti ai loro familiari; parimenti, ogni persona che accede al Pronto Soccorso ha diritto di essere informata costantemente durante il periodo di permanenza in Pronto Soccorso. Infatti, l'accesso in Pronto Soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio sanitario; l'esperienza e il ricordo del tempo trascorso in attesa, soprattutto in condizioni di sovraffollamento, rischiano di determinare una perdita di fiducia del cittadino nell'istituzione sanitaria, principalmente a causa dell'insoddisfacente livello di qualità percepita.

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

Risultano, dunque, auspicabili:

- la presenza di strumenti informativi e modalità di supporto all'attesa (monitor per informazione e intrattenimento nonché sistemi di chiamata dei familiari);



- il coinvolgimento del Volontariato;
- l'adozione di iniziative volte al miglioramento del benessere degli utenti e degli accompagnatori in attesa.

Oltre ad identificare spazi di attesa per le diverse fasi del percorso pre e post visita, dovranno essere individuate soluzioni specifiche, anche strutturali, per garantire idonea accoglienza a persone in condizioni di fragilità, quali pazienti con agitazione psico-motoria, vittime di violenza, bambini, donne in gravidanza. Inoltre, dovrà essere garantita un'assistenza rispettosa degli specifici orientamenti culturali e religiosi di ciascuno.

Particolare attenzione deve essere posta alla rivalutazione del paziente in attesa, fase fondamentale dell'attività di triage, in quanto permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale e consente, allo stesso tempo, di assicurare 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. Al fine di consentire agli operatori sanitari di migliorare il livello di assistenza, è necessario attivare un sistema di monitoraggio delle azioni adottate per l'ottimizzazione degli aspetti sopra descritti.

3. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Alla luce di quanto fin qui esposto, è di tutta evidenza che la gestione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso non rappresenta un onere del solo Pronto Soccorso, bensì dell'intero sistema ospedaliero ed assistenziale.

Pertanto le Regioni, nell'ambito della propria attività di programmazione sanitaria, formuleranno disposizioni volte a garantire l'adozione in ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera di un Piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, secondo le presenti linee di indirizzo; tale adempimento formerà requisito di accreditamento istituzionale e potrà essere considerato utile ai fini del monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di risultato assegnati alle Direzioni strategiche.

Elementi salienti del Piano in parola sono:

- l'individuazione di indicatori per la corretta rilevazione del fenomeno;
- la definizione delle relative soglie di criticità e di tempestive modalità di risposta, proporzionate ai livelli di criticità rilevata, atte a favorire/facilitare le fasi di processo e di ricovero evitando incongrui e disagiati stazionamenti di pazienti all'interno del Pronto Soccorso.



Le modalità di “misurazione” del fenomeno devono essere uniformi in tutti i Pronto Soccorso e basarsi su un set di indicatori statici e dinamici, la cui rilevazione deve essere effettuata in modo puntuale ed in tempo reale nell'intero arco delle 24 ore.

Un ulteriore sviluppo è rappresentato dal calcolo di specifici algoritmi matematici che, tenendo conto delle stesse variabili, siano in grado di “fotografare” il livello corrente di sovraffollamento.

Questi modelli matematici, consentendo una misurazione più oggettiva e riproducibile (*score*), permettono di superare la logica corrente del conteggio del numero degli accessi.

I sistemi più validati in letteratura sono: NEDOCS³, CEDOCS⁴ e SONET⁵.

Questi tre sistemi, che differiscono per gli indicatori utilizzati e la loro aggregazione, hanno dimostrato un'accuratezza variabile a seconda del *setting* di applicazione. L'accuratezza dei sistemi è stata verificata in base alla valutazione degli operatori in servizio in Pronto Soccorso.

L'ammodernamento dei sistemi informatici dei Pronto Soccorso della Regione è ritenuto un elemento critico ai fini della corretta rilevazione degli indicatori e quindi dell'entità del sovraffollamento e, più in generale, rispetto alla necessità di disporre di informazioni utili per mettere in atto interventi migliorativi.

Le possibili risposte del sistema da inserirsi nei piani aziendali andranno commisurate al livello di sovraffollamento rilevato mediante il confronto con soglie di “criticità” predefinite.

Per ogni Pronto Soccorso dovranno essere definite delle soglie di affollamento o di affollamento grave per ogni singolo indicatore o score, in particolare per gli indicatori dinamici di impegno del sistema e per i tempi di attesa al ricovero. Il raggiungimento delle soglie di affollamento o di affollamento grave comporterà azioni di risposta in relazione a: attivazione di risorse aggiuntive per il Pronto Soccorso, adeguamento del sistema ospedale, interventi sulla rete dei servizi.

Oltre alla definizione di indicatori e soglie di criticità i piani aziendali dovranno prevedere strategie operative da attivarsi in relazione ai livelli di sovraffollamento riscontrati. Le strategie dovranno avere il più possibile un carattere di proattività, cioè essere volte a prevenire il passaggio a livelli di sovraffollamento o grave sovraffollamento. L'efficacia delle azioni è misurabile come la capacità dell'organizzazione di rimanere/ritornare nei *range* di “normalità”.

Le strategie di risposta possono essere classificate in relazione al livello di criticità dell'affollamento e all'aspetto su cui intervengono (*input, throughput, output*). La classificazione degli interventi è

³ NEDOCS: Acad. Emerg. Med; January 2004

⁴ CEDOCS: Amer. Journal of Emerg. Medicine; 2014

⁵ SONET: Emergency Medicine International; 2015



indicativa, spetta a ciascuna azienda l'identificazione delle azioni più appropriate ed applicabili nel contesto specifico.

L'adozione di meccanismi che consentono di fare fronte ai bisogni di ricovero in emergenza non deve interferire (salvo situazioni di estrema gravità) con le garanzie di accesso programmato nei tempi previsti dalla normativa regionale vigente. A tal fine le aziende dovranno prevedere modalità di separazione, almeno funzionale, dei due flussi di pazienti.

3.1 Responsabilità

Presso la Direzione Sanitaria viene individuata una funzione aziendale di *"facilitazione dell'attività di ricovero in emergenza"*, attribuita a personale adeguatamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia.

Tale funzione di facilitazione opera in sinergia con il Dipartimento di Emergenza Urgenza e la Direzione Ospedaliera e garantisce stretta connessione con le altre funzioni deputate alla gestione dei flussi dei pazienti (*Bed Manager*, centrale dimissioni e trasporti, ecc.) e assicura:

- l'attuazione dei piani per il sovraffollamento;
- il monitoraggio dei tempi complessivi di permanenza in Pronto Soccorso e degli indici di affollamento;
- il monitoraggio dei tempi intermedi con particolare riferimento al tempo di *boarding* ed ai tempi dei servizi di supporto (diagnostica e consulenze);
- la rendicontazione alla Direzione Aziendale sui temi di competenza.

È opportuno che, in caso di presidi ospedalieri con più stabilimenti, la funzione identificata operi sull'intera rete delle strutture.

Presso il Pronto Soccorso viene individuata la funzione operativa di *"Emergency manager"* da assegnare a personale adeguatamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia. Tale funzione, che si svolge in correlazione con il *Bed Manager* per le attività relative al ricovero del paziente, ha l'obiettivo di ottimizzare la gestione del percorso di cura in emergenza-urgenza dei pazienti all'interno delle varie aree del Pronto Soccorso, mediante le seguenti attività:

- mantenere una visione integrata del percorso del paziente all'interno del Pronto Soccorso, al fine di garantire il completamento del percorso clinico nei tempi stabiliti:
 - facilitare il percorso del paziente tra le varie aree del Pronto Soccorso con particolare attenzione ai tempi di attesa e permanenza del paziente in Pronto Soccorso.



- ottimizzare i percorsi dei pazienti nelle fasi di diagnostica, consulenza, prescrizione terapeutica, programma di controllo e rivalutazione.
- ottimizzare i percorsi clinici per le patologie tempo-dipendenti.
- facilitare il percorso di dimissioni a domicilio direttamente dal Pronto Soccorso;
- facilitare l'inserimento dei pazienti del Pronto Soccorso in percorsi ambulatoriali aziendali;
- supportare la risoluzione di criticità interne al Pronto Soccorso, quali:
 - l'individuazione delle limitazioni al flusso dei pazienti nel Pronto Soccorso;
 - l'attivazione di un monitoraggio specifico delle aree di Pronto Soccorso che presentano criticità con maggior frequenza.

4. SISTEMI DI MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio prevedono:

1. *Ex ante.* Per attivare il Piano di Gestione del Sovraffollamento è necessario prevedere in tempo reale situazioni di sovraffollamento in ciascun Pronto Soccorso attraverso strumenti di monitoraggio, quali ad esempio NEDOCS e altri validati, già utilizzati in Italia.
 - 1.1. Deve essere integrato all'applicativo utilizzato dal Pronto Soccorso per gestire i pazienti e fornire in tempo reale la situazione.
 - 1.2. Anche il Servizio di Emergenza Territoriale deve avere a disposizione questo monitoraggio per gestire in maniera razionale gli invii nei diversi PS.
2. *Ex post.* È necessario utilizzare indicatori per redigere il Piano di Gestione del Sovraffollamento e porre in atto azioni organizzative e strutturali per migliorare e prevenire il fenomeno del sovraffollamento.

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

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

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

- Statici:
 - N° PL/barelle/box realmente presidiati in PS



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

Inoltre, si dovrà tener conto dell'intercettazione di quelle potenziali condizioni di insufficiente filtro in Pronto Soccorso attraverso il monitoraggio dei Tassi di Ricovero. Altri indispensabili indicatori da non sottovalutare sono la degenza media delle unità operative e più specificatamente il valore standard costituito dalla degenza media nazionale DRG specifica ed il monitoraggio dei Tassi di Occupazione dei posti letto (TO), essendo circa il 70% dei ricoveri effettuati nei grandi Pronto Soccorso afferenti all'area medica rispetto quella chirurgica e caratterizzati da TO molto elevati.



FUNZIONE DI BED MANAGEMENT – Allegato

Un corretto governo dei flussi del paziente in ospedale costituisce una delle priorità organizzative per contrastare il fenomeno del sovraffollamento in PS con particolare riferimento ad eventi quali la prolungata attesa presso il PS e il ritardo nella dimissione dei pazienti, al fine di evitare l'incremento della degenza media e del rischio clinico.

L'istituzione della funzione del Bed Management rappresenta un elemento di facilitazione nel processo di governo dei flussi del paziente in ospedale e rappresenta una funzione della Direzione Aziendale tesa ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostico-terapeutici.

Al momento non è disponibile un unico modello di riferimento per la funzione di Bed Management, in quanto ogni realtà deve confrontarsi con le proprie risorse umane, logistiche e tecniche, tuttavia tale funzione rappresenta un'espressione di integrazione professionale medico-infermieristica nell'ambito di un team i cui componenti devono possedere le seguenti caratteristiche: la conoscenza approfondita dell'ospedale e la conoscenza delle esigenze operative, al fine di garantire la massima integrazione tra i percorsi di urgenza e quelli programmati.

La funzione del Bed Management dovrà essere declinata in un regolamento che ne evidenzia le modalità organizzative e le relative attività.

Modalità organizzative.

- L'attribuzione della funzione del Bed Management ad un team definito con uno specifico atto, in cui dovrà essere individuato un responsabile, il contingente di personale sia in termini qualitativi che quantitativi;
- La funzione deve essere garantita con continuità nell'arco dell'intera settimana.
- La definizione di un sistema di relazioni formalizzate con:
 - o Direzione medica di presidio
 - o Pronto soccorso
 - o Le Unità Operative ed i Servizi dell'azienda
 - o Distretto sanitario ed altre strutture territoriali di assistenza
 - o Case manager, se presente

Attività.

Organizzare un insieme di azioni per facilitare, governare e verificare il flusso dei ricoveri.

- Gestire la risorsa "posto letto".
 - o verifica in tempo reale della disponibilità dei posti letto;
 - o indicazione dei tempi di ricovero attraverso un sistema di relazione continuo con le UUOO, supportato da un cruscotto per il monitoraggio.
- Gestire il piano delle dimissioni:
 - o verifica della programmazione delle dimissioni e della continuità delle stesse nell'arco di tutta la settimana;



- organizzazione di un sistema di dimissioni verso altri setting assistenziali (Post acuzie, Lungodegenza, Riabilitazione, Ospedali di Comunità, Case della Salute, ecc...).
- Nell'ambito di accordi tra aziende sanitarie e strutture private accreditate, facilita i ricoveri da Pronto Soccorso e i trasferimenti dalle Unità Operative.
- Di concerto con la Direzione Sanitaria, procede al monitoraggio della durata della degenza dei pazienti.
- Sviluppare un sistema di presa in carico precoce delle "dimissioni difficili" sin dal momento del ricovero;
- Monitorare i percorsi dei pazienti considerati "frequent user", anziani fragili e socialmente difficili.

Si dovrà prevedere un cruscotto per il monitoraggio dei posti letto e delle dimissioni in tempo reale che dovrà interfacciarsi con il sistema informativo del Pronto Soccorso.

I dati di monitoraggio, disponibili on line, saranno visibili per le Unità Operative con l'obiettivo di promuovere una collaborazione tra tutte le strutture del presidio ospedaliero.

Periodicamente saranno pubblicati report sui dati di attività.



Appendice - QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

- D.P.R. del 27 marzo 1992 *"Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"*;
- Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato-Regioni (1996) *"Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992"*;
- Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: *"Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria"* (G.U. Serie Generale n. 285 del 07 dicembre 2001) che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza-urgenza;
- Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 maggio 2003 *"Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza"*;
- Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 17 dicembre 2008 *"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza"*;
- Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 2014 *"Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate"*;
- Decreto del Ministro della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 *"Regolamento di definizione degli standard qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*;
- Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato-Regioni del 7 settembre 2016, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ai sensi dell'articolo 54 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289;
- DPR 12 gennaio 2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*.



Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso. Revisione delle Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage. Gruppo di lavoro istituito con Decreto Ministeriale del 4 ottobre 2018	
Coordinatore	
Andrea Urbani	Direttore Generale - Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria
Coordinatore tecnico scientifico	
Andrea Piccioli	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Direttore Ufficio 3
Componenti	
Aida Andreassi	Commissione Salute - Regione Lombardia
Franco Aprà	Commissione Salute - Regione Piemonte
Serena Battilomo	Ministero della Salute - Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema informativo Sanitario e della Statistica - Direttore Ufficio 3
Velia Bruno	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 3
Anselmo Campagna	Commissione Salute - Regione Emilia Romagna
Angelo Lino Del Favero	Istituto Superiore di Sanità - Direttore Generale
Elisabetta Santori	Ministero della Salute - Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema informativo Sanitario e della Statistica - Direttore Ufficio 3
Alessandro Ghirardini	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS
Maria Teresa Loretucci	Ministero della Salute - Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN - Ufficio 3
Monia Mancini	Cittadinanzattiva
Maria Pia Ruggieri	Cittadinanzattiva



Esperti	
Francesco Enrichens	Direttore Sanitario ATS Sardegna
Giuseppe Murolo	Responsabile del Servizio Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti - Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico della Regione Siciliana

Altri partecipanti	
Luigi Bertinato	Istituto Superiore di Sanità - Direttore Area Governo Clinico
Claudio Seraschi	Ministero della Salute - Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN - Ufficio 3

Segreteria tecnica	
Roberta Cappelluti	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Ufficio 3
Giuseppina Ciarniello	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Ufficio 3
Katia Salomone	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Ufficio 3