

Indicazioni per l'organizzazione del Triage Intraospedaliero e l'Osservazione Breve Intensiva e per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso

*in applicazione dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 143/CSR del 1° agosto 2019
«Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il
Governo, 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”.*

INDICE

<u>INTRODUZIONE AL PROVVEDIMENTO</u>	3
---	---

SEZIONE I:

INDICAZIONI REGIONALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO	4
---	---

SEZIONE II:

INDICAZIONI REGIONALI PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA	33
---	----

SEZIONE III:

INDICAZIONI REGIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO	59
--	----

INTRODUZIONE AL PROVVEDIMENTO

Il presente provvedimento ha la finalità di fornire indicazioni omogenee alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale campano per l'organizzazione del Triage intraospedaliero, l'Osservazione Breve Intensiva e per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, in applicazione dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 143/CSR del 1° agosto 2019, i cui contenuti si intendono qui integralmente recepiti e a cui si rimanda per ogni approfondimento sul tema.

Il presente documento, ripercorrendo l'impianto metodologico dell'Accordo del 2019, si articola in tre distinte sezioni:

- 1) Indicazioni regionali per l'organizzazione del triage intraospedaliero
- 2) Indicazioni regionali per l'organizzazione dell'Osservazione Breve Intensiva
- 3) Indicazioni regionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

SEZIONE I

INDICAZIONI REGIONALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

INDICE

PREMESSA	6
IL TRIAGE: DEFINIZIONE, FINALITÀ E METODOLOGIA	7
1. CODICI DI PRIORITÀ	8
1.1. Accoglienza e attribuzione del codice di priorità.....	10
1.2. Rivalutazione del codice di priorità.....	10
2. L'ITER DI PRONTO SOCCORSO	12
2.1. Ammissione in OBI.....	14
2.2. Organizzazione dei flussi di trattamento.....	14
2.3. Percorsi rapidi (Fast Track, See and Treat).....	14
2.4. Organizzazione del percorso pediatrico.....	15
2.5. Il pronto soccorso ostetrico.....	15
3. STANDARD ORGANIZZATIVI	16
3.1. Requisiti strutturali.....	17
3.2. Risorse tecnologiche.....	18
3.3. Risorse umane.....	18
4. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	19
4.1. Protocolli e procedure.....	19
4.2. Documentazione Clinica.....	20
4.3. Monitoraggio Eventi Sentinella.....	20
5. PRESA IN CARICO	21
5.1. Umanizzazione.....	21
5.2. Condizioni particolari.....	22
5.2.1. Maltrattamenti su minori.....	22
5.2.2. Maltrattamenti sulle donne.....	23
5.2.3. Maltrattamenti sugli anziani.....	24
5.2.4. Disturbo acuto del comportamento nell'adulto.....	24

5.2.5. Disturbo acuto del comportamento nel minore	24
6. FORMAZIONE	25
6.1. Formazione di accesso al Triage.....	25
6.1.1. Corso teorico.....	25
6.1.2. Periodo di affiancamento.....	26
6.2. Formazione permanente in Triage.....	26
7. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)	27
7.1. Il Sistema EMUR.....	27
7.1.2. Dati da rilevare nel sistema EMUR – Tempi.....	28
7.1.3. Dati da rilevare nel sistema EMUR – Codice di uscita da P.S.	29
8. SISTEMA DI VERIFICA E QUALITÀ	30

PREMESSA

Negli ultimi decenni si è assistito ad un costante aumento degli accessi nei Pronto Soccorso ospedalieri italiani, che ha determinato diverse criticità, le cui principali sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (boarding) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (over- crowding) nei Servizi di Pronto soccorso.

In Regione Campania i dati di attività mostrano, in riferimento al biennio 2022-2023, un andamento costante nel numero di accessi con significativa attività rilevata nelle Aziende Ospedaliere Regionali e nelle strutture di Pronto Soccorso di riferimento per peculiare caratterizzazione clinica (azienda pediatrica monospecialistica), area specifica e ruolo nell'ambito delle reti ospedaliere tempo dipendenti. L'attività sanitaria in emergenza urgenza presso le sedi di pronto soccorso risulta in ripresa rispetto al valore degli accessi attestati nel 2019, successivamente alla fisiologica riduzione degli stessi nel biennio 2020-2021, in linea con la generale riduzione della produzione sanitaria durante il periodo pandemico da Covid-19.

L'accesso al Pronto Soccorso è caratterizzato da una prevalente attività in urgenza minore (circa il 66% degli accessi al triage), una significativa attività in urgenza per situazione clinica mediamente critica (il 28% degli accessi al triage), in parte differibile, e da una limitata attività in emergenza (il 2% degli accessi al triage) e non urgenza (il 4% degli accessi in triage).

Si declinano i tempi medi regionali tra l'accesso e la presa in carico (attesa), la presa in carico e la destinazione (trattamento) e l'accesso e la dimissione (permanenza), con l'esclusione della valutazione per gli accessi in emergenza (codice rosso) in quanto per l'elevata criticità clinica l'accesso è da intendersi immediato senza previsione di una soglia di attesa.

TEMPI MEDI REGIONALI	BIANCO	VERDE	AZZURRO	GIALLO	ARANCIONE
TEMPO MEDIO DI ATTESA	0:53 ore	0:53 ore	0:40 ore	0:46 ore	0:40 ore
TEMPO MEDIO DI TRATTAMENTO	1:19 ore	2:52 ore	6:12 ore	9:35 ore	12:57 ore
TEMPO MEDIO DI PERMANENZA	2:07 ore	3:41 ore	6:51 ore	10:21 ore	13:36 ore

L'11% degli accessi in pronto soccorso è caratterizzato da un esito di dimissione con ricovero in reparto di degenza per le principali discipline cliniche in medicina generale (18%), ostetricia e ginecologia (18%), ortopedia e traumatologia (13%), chirurgia generale (13%), pediatria (10%), unità coronarica (7%), cardiologia (6%), neurologia (5%) e residuale su astanteria, terapia intensiva, urologia e malattie infettive.

Dal monitoraggio effettuato sulle fattispecie riferite ai rientri nelle 48 ore e degli accessi ripetuti nell'anno di competenza, si evidenzia che: per il 5% degli accessi si verificano rientri nelle 48 ore principalmente per patologie riferite alle malattie dell'apparato digerente (18%), a traumi e avvelenamenti (16%) e generici sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (15%); per circa l'1% degli accessi si attestano 5 accessi ripetuti per paziente nell'anno di competenza.

IL TRIAGE: DEFINIZIONE, FINALITÀ E METODOLOGIA

Come già richiamato nell'Accordo Stato Regioni del 25/10/2001 che ha introdotto il triage intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso, il sistema di triage è uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti. Questo processo, con cui i pazienti vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni, è da distinguere dalla visita medica, in quanto l'obiettivo del triage è proprio la definizione della priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico.

Il Triage infermieristico va, dunque, inteso quale strumento per effettuare una idonea selezione degli accessi in Pronto Soccorso (PS), in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo.

Il Triage, quale primo momento di accoglienza delle persone che giungono in Pronto Soccorso (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.

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.

La funzione di Triage deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore.

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 e 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 necessita contingenti;
- garantire l'adeguata e continua presa in carico delle persone in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza e informazioni pertinenti e comprensibili.

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.

1. I CODICI DI PRIORITÀ

L'assegnazione del codice di priorità rappresenta 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 e 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.

L'Accordo Stato Regioni del 2019 ha identificato un nuovo sistema di codifica di priorità. A differenza del precedente, che prevedeva 4 codici, il nuovo modello ne prevede 5, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità. Ad ogni codice numerico si associa anche il codice colore, secondo quanto riportato nella Tabella 1.

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.

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, la loro denominazione, la loro definizione e i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

TABELLA n. 1 – Triage: 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
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONOSPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Facendo seguito alla previsione della nuova codifica nell' Accordo Stato Regioni del 2019, il Ministero della Salute ha provveduto ad aggiornare le specifiche tecniche di trasmissione del flusso informativo sanitario EMUR-PS nel mese di gennaio 2020; tali specifiche sono state recepite dalla Regione Campania con indicazioni di rilevazione alternativa rispetto alla precedente classificazione, che ha consentito di fatto una rilevazione del livello di criticità difforme tra le aziende sanitarie regionali.

Tenuto conto delle modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante l'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in

emergenza urgenza, previste dal Decreto Ministeriale del 5 luglio 2024, per la rilevazione delle informazioni previste dall'articolo 4, comma 2, della legge 5 maggio 2022, n. 53, in tema di violenza di genere, si prevede di disciplinare la rilevazione univoca dei codici di priorità all'accesso in triage a decorrere dalla rilevazione dell'attività 2025.

→ Le Aziende sono tenute ad adottare uniformemente la nuova codifica di priorità all'accesso in triage a decorrere dalla rilevazione della competenza 2025, a seguito di adozione del provvedimento di modifica del tracciato EMUR-PS prevista per il II trimestre 2025.

1.1 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 caregiver, dal momento dell'arrivo in PS 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.

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 e il rafforzamento della motivazione.

In previsione del passaggio ai 5 codici numerici/colore, le Aziende devono realizzare programmi di formazione del personale di Triage sul nuovo sistema di codifica, da avviare prima dell'inizio dell'attuazione del nuovo sistema e prevedere sistemi di informazione (i.e. cartellonistica dedicata) per l'utenza.

1.2 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 (Tabella n. 2: Modalità e tempi di rivalutazione).

Nella tabella n. 2 sono riportati, per ognuno dei 5 codici numerici/colore 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 – Triage: Modalità e tempi di rivalutazione

TRIAGE: Modalità e tempi di rivalutazione				
Codice		Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di rivalutazione
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO ALLE AREE DI TRATTAMENTO: NESSUNA RIVALUTAZIONE	
2	ARANCIONE	URGENZA	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI	OSSERVAZIONE DIRETTA O VIDEO MEDIATA CON MONITORAGGIO COSTANTE DELLE CONDIZIONI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI	RIPETIZIONI 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	VERDE	URGENZA MINORE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI	
5	BIANCO	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI	

2. L'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 PS, l'Accordo Stato Regioni raccomanda un tempo 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 richiama e si riporta la Tabella n. 3 dell'Accordo "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 e il tempo massimo per la conclusione delle attività.

TABELLA n. 3 – Processo di Pronto Soccorso

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

2.1 Ammissione in O.B.I.

L'ammissione dei pazienti in O.B.I., laddove appropriata, deve avvenire entro un tempo massimo di 8 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 44 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.

2.2. 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, ogni Azienda deve formalizzare, mediante protocolli e procedure, adottati con appositi provvedimenti aziendali, percorsi dedicati per Fast Track, See and Treat e condizioni particolari (fragilità, vulnerabilità) e, in coerenza con la programmazione regionale, percorsi dedicati alle patologie tempo-dipendenti (rete IMA ed emergenze cardiovascolari, rete stroke e rete trauma grave).

2.3. Percorsi rapidi (Fast Track, See and Treat)

Il **See and Treat** è un modello di risposta assistenziale a urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati dall'Azienda, anche sulla base dei dati storici di attività; è un approccio applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica e 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...). 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 approvati dalla Direzione Sanitaria, 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 modello See and Treat ha mostrato, laddove applicato, una riduzione delle liste d'attesa e dei tempi di permanenza nei PS per condizioni di urgenze minori.

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 quali nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. Anche in questo caso, l'Azienda deve predisporre specifici protocolli interni che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente, avviando il percorso direttamente dal Triage.

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.

2.4. Organizzazione del percorso pediatrico

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 e 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 e 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.

2.5. Il pronto soccorso ostetrico

Come sottolineato dall'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019, 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; per loro natura, sono condizioni cliniche a "rischio evolutivo" che espongono la donna e/o il feto a 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 e i Punti Nascita, il triage materno-fetale e neonatale richiede una specifica organizzazione nonché specifiche competenze.

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 PS 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/colore 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'equipe 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 continua e dinamico, sempre associato a un'adeguata e continuativa sorveglianza ostetrica sia della donna in gravidanza che accede al PS 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).

3. STANDARD ORGANIZZATIVI

L'organizzazione del sistema di triage 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 Azienda 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.

3.1. Requisiti strutturali

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 ambulant, autosufficienti, già sottoposti a Triage e per i loro accompagnatori (orientativamente 80-100 mq per Pronto Soccorso Spoke con 25.000 accessi/annui).

I presenti requisiti sono inderogabili per gli ospedali di nuova costruzione.

- 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.

3.2. 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 di cui all'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 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.

3.3. Risorse umane

La funzione del Triage è propria dell'infermiere appartenente all'organico del 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 no.

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 assicurazione 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; [dotazione infermieristica totale prevista dalla metodologia: FTE min 12, FTE max 18];
- P.O. sede di DEA di I livello: n. 2 unità infermieristiche e n.1 unità di personale di supporto; [dotazione infermieristica totale prevista dalla metodologia: FTE min 16, FTE max 48];
- 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; [dotazione infermieristica totale prevista dalla metodologia: FTE min 48, FTE max 70].

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.

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

4. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

4.1. Protocolli e procedure

In applicazione a quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 143/CSR del 1° agosto 2019, ogni Pronto Soccorso deve disporre di protocolli di Triage elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici e infermieri esperti), approvati dal responsabile medico e infermieristico del servizio e 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.

4.2. 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. È realizzata su supporto informatico ed è parte integrante della Cartella Clinica di Pronto Soccorso.

4.3. 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 o 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).

5. PRESA IN CARICO

5.1. Umanizzazione

L'attesa in Pronto Soccorso per pazienti e familiari 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 e il tempo di attesa stimato per l'accesso, 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 e i cittadini. Le Aziende, pertanto, dovranno prestare particolare attenzione all'opportunità di prevedere una figura di "collegamento informativo" tra la struttura dell'emergenza urgenza e i familiari in attesa, anche al fine di prevenire possibili situazioni conflittuali che potrebbero sfociare in fenomeni di aggressione. Esperienze in tal senso, - già attive, per esempio, presso l'AORN Cardarelli - hanno mostrato una riduzione degli eventi conflittuali.

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 e 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.

5.2. 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 puntuali 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 possibili tempi lunghi di attesa.

5.2.1. 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".

L'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 riporta che i dati nazionali che quantificano l'incidenza dell'abuso infantile fra 3 a 6 casi su 1.000 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 e 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. È 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.

5.2.2. 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.

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, 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 e 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 la presa in carico della vittima coerentemente con i disposti del D.P.C.M. 24 novembre 2017.

Inoltre, al fine di fornire uno strumento consono per la refertazione della donna vittima di abusi che giunge in PS, e al tempo stesso dotato di una intrinseca valenza probatoria, con D.G.R.C. n. 47 del 28/01/2020 recante "Linee guida per la prima assistenza e refertazione psicologica nei Pronto Soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere" è stato approvato il modello di refertazione psicologica approvato. Pertanto, dopo l'intervento medico in PS, il percorso di tutela delle donne che subiscono violenza (c.d. "percorso rosa") può proseguire con la consulenza e l'assistenza psicologica. L'intervento psicologico è successivo all'intervento medico, consigliato come prosieguo ed approfondimento dell'osservazione medica, può essere differito ed è una libera scelta della donna che deciderà se usufruirne o meno. La refertazione psicologica diviene, quindi, uno strumento utile e significativo a corredo della denuncia e/o dell'iter giudiziario.

Infine, con il Decreto Ministeriale n. 210 del 5 luglio 2024 "Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante l'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" è stata prevista l'integrazione del flusso EMUR del PS con informazioni che riguardano la violenza, strutturando, di fatto, un flusso dedicato al tracciamento dei casi di violenza. Nello specifico, la parte relativa al tracciato del pronto Soccorso, nella sezione dedicata all'assistito, è integrata con le informazioni necessarie per la rilevazione della violenza di genere contro le donne. Questo consentirà sia lo stretto monitoraggio del fenomeno in tempo diretto che l'elaborazione di dati statistici che permettano la programmazione di adeguate politiche di prevenzione e contrasto di tale fenomeno.

5.2.3. 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"*.

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.

5.2.4. 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.

5.2.5. 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.

6. 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 e una Formazione permanente.

6.1. 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 a uno specifico corso teorico di preparazione al Triage e a un periodo di affiancamento a tutor esperto.

6.1.1. Corso teorico

L'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 specifica la metodologia didattica e gli ambiti formativi, che si riportano di seguito.

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 e 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 e 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.

Le Aziende devono prevedere corsi di formazione specifici per ogni nuovo ingresso di personale in Triage e corsi dedicati al tutto il personale afferente al Pronto Soccorso, al fine del corretto recepimento del presente provvedimento.

Nell'ambito del piano di formazione, le Aziende valuteranno l'opportunità di prevedere corsi di gestione dei conflitti e prevenzione delle aggressioni.

6.1.2. 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, pari almeno a due 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.

6.2. 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 e 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, le Aziende devono predisporre 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 equipe 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.

7.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:

- monitorare l'attività dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) attraverso l'analisi dei volumi 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.

Nell'ambito di NSIS è stato strutturato il sistema EMUR.

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 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 e 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 a un accesso in PS: identificazione della struttura erogatrice e dell'assistito; dati relativi all'accesso e alla dimissione; dati relativi alle diagnosi e alle prestazioni erogate; dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso.

Con il Decreto Ministeriale n.262 del 7 dicembre 2016 *“Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato”* sono state definite le procedure per l'interconnessione a livello nazionale, nell'ambito del NSIS, dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, fini del monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, tra i quali il flusso EMUR Pronto soccorso.

Con Decreto Ministeriale 18 dicembre 2023 è stata prevista, nell'ambito del flusso informativo sanitario EMUR Pronto Soccorso, con cadenza settimanale, la rilevazione delle informazioni utili al monitoraggio del sistema di allerta rapida per la sindrome respiratoria come previsto dal Piano Pandemico Influenzale - PANFLU 2021-2023.

Inoltre, con il Decreto Ministeriale n. 210 del 5 luglio 2024 *“Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante l'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”*, come già discusso sopra, è stata prevista l'integrazione del flusso EMUR del PS con informazioni che riguardano la violenza, strutturando, di fatto, un flusso dedicato al tracciamento dei casi di violenza di genere.

7.1.2. 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 O.B.I., nonché i tempi massimi di permanenza in Pronto Soccorso.

Tali tempi e la relativa codifica, rilevati attraverso il flusso informativo EMUR Pronto soccorso, sono riportati nella Tabella che segue.

TABELLA n. 3 – TRIAGE – tempi da rilevare (data e ora)

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 44 Ore.

7.1.3. 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 dei 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 rappresentato dai codici colore analoghi a quelli assegnati con altre finalità al Triage. Questa duplice attribuzione di codici colore, in ingresso e 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.

8. 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 Continua 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.

L'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 individua un set di indicatori di processo, insieme agli standard di riferimento, che costituisce una prima individuazione di parametri di riferimento nazionali.

Nella Tabella n. 5 (*set di indicatori e standard di riferimento*) vengono riportati, 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 al fast and 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 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 di 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 comfort non necessariamente assicurati dal professionista infermiere. {Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012}
% di 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 de/le 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 accedono 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 di 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 differibili codice 3, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza differibile 3	Esito	>50%	
% di pazienti in 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%	

SEZIONE II

INDICAZIONI REGIONALI PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

INDICE

PREMESSA	34
1. ANALISI DEL CONTESTO	34
2. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL'O.B.I.	35
2.1. Definizione.....	35
2.2. Funzioni.....	35
2.3. Localizzazione dell'O.B.I.....	36
3. STANDARD ORGANIZZATIVI	36
3.1. Dotazione di postazioni.....	36
3.2. Dotazione di personale.....	37
3.3. Dotazione tecnologica.....	38
4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE	38
4.1. Il percorso assistenziale del paziente.....	38
4.1.1. Iter di pronto soccorso.....	41
4.1.2. Invio in O.B.I.....	41
4.2. Ammissione in O.B.I.....	41
4.3. Dimissioni dall'O.B.I.....	41
4.4. Criteri di non ammissione in O.B.I.....	42
5. RISCHIO CLINICO	42
5.1. Sicurezza delle cure.....	42
5.2. Documentazione sanitaria.....	43
5.3. Gestione del rischio.....	43
6. FORMAZIONE	44
6.1. Formazione di base.....	44
6.2. formazione continua.....	44
7. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)	45
7.1. Il Sistema EMUR.....	45
7.2. Data minimum set da rilevare nel sistema EMUR per l'attività di O.B.I.....	45
8. INDICATORI	46
9. RILEVAZIONE DEI COSTI E POSSIBILI MODALITÀ DI FINANZIAMENTO	47
10. CONCLUSIONI	47

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 e il successivo Atto di Intesa tra Stato e Regioni dell'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 (O.B.I.).

La normativa nazionale, rimasta ferma alla sola enunciazione della necessità di attivare funzioni di O.B.I. 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'O.B.I. 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.

Il presente provvedimento, nel riprendere le Linee di indirizzo nazionali di cui all'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019, ha l'obiettivo di fornire indicazioni regionali per l'attivazione uniforme delle Unità di Osservazione Breve Intensiva sul territorio regionale.

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. multistrato) e laboratoristico (es. biomarcatori cardiaci). Tutto ciò, insieme alla ridefinizione dei criteri per l'accesso dei pazienti acuti a 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.

L'attività del percorso di Osservazione Breve Intensiva, benché già predisposta in Regione Campania, mostra, in riferimento alla competenza 2023, una attivazione disomogenea tra le aziende sanitarie regionali: circa il 40% delle strutture sedi di pronto soccorso ha previsto l'osservazione clinica, con consequenziali e rilevanti implicazioni sul percorso di cura del paziente in emergenza - urgenza. In particolare, circa il 2% degli accessi complessivi da pronto soccorso è caratterizzato da percorso O.B.I., dei quali il 40% esita in ricoveri in reparti di degenza e la restante quota risulta in dimissione al domicilio del paziente e in dimissione a struttura ambulatoriale.

Per approfondimento specifico sulle tempistiche rilevate nell'ambito del percorso, circa il 40% dei casi è caratterizzato da un tempo di permanenza in O.B.I. superiore alle 24 ore; inoltre, si attesta un tempo medio di permanenza nel percorso di osservazione di 33 ore e 17 minuti, in un range intercorrente tra un tempo medio minimo di circa 6 ore e un tempo medio massimo di 90 ore (ad esclusione delle casistiche limite con scarso numero di accessi).

In termini di patologie individuate nell'attivazione del percorso O.B.I. si rilevano, in ordine decrescente per casistica: il dolore acuto per trauma, l'insufficienza cardiaca congestizia non specificata, cefalea, fibrillazione atriale, polmonite e altre aritmie cardiache (ad esclusione della principale casistica indefinita di problema principale non disponibile).

2. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL'O.B.I.

2.1. Definizione

L'O.B.I. 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 e 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'O.B.I. 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'O.B.I. è una unità funzionale del Pronto Soccorso.

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

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

2.3. Localizzazione dell'O.B.I.

L'area di O.B.I. è attivata in locali dedicati e abitualmente è collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso. Il locale dedicato all'O.B.I., 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 nell'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 e successivamente integralmente riportati.

In particolare, l'O.B.I. 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'O.B.I. 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'O.B.I. ostetrica, in assenza di un P.S. ostetrico, può essere espletata presso l'UO di Ostetricia e ginecologia.

3. STANDARD ORGANIZZATIVI

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'O.B.I. è individuata mediante il criterio di **1 postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso**.

Per l'**O.B.I. 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 O.B.I. sono funzionali e pertanto non devono essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

È 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'O.B.I., 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 presenza medica non continuativa pari a 60min/die per postazione**.

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'O.B.I.).

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'O.B.I.).

TABELLA n. 1 – Dotazione Organica Minima OBI

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)	60 min/die per postazione	60 min/die per postazione
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'O.B.I. 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'O.B.I. pediatrica la dotazione di personale dedicato deve essere afferente all'UO Pediatria. Se per dimensione, l'O.B.I. pediatrica non raggiunge un modulo di almeno 4 postazioni, saranno allestiti per questa funzione, posti letto dell'unità operativa di Pediatria, non considerati nella dotazione

totale, utilizzando personale del reparto e/o del Dipartimento Materno Infantile, per un migliore utilizzo delle risorse e una risposta più efficace ed efficiente.

Nell'O.B.I. 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 O.B.I.

Ogni postazione di O.B.I. 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'O.B.I., 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'O.B.I. pediatrica devono essere presenti le dotazioni di dispositivi e apparecchiature adeguati alle diverse fasce di età.

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

4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE

4.1. Il percorso clinico assistenziale del paziente

L'attività di O.B.I. è caratterizzata dalla definizione di un chiaro progetto clinico-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'O.B.I. 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. Al riguardo si



richiama la tabella relativa al Processo di Pronto Soccorso, presente nella Sezione I del presente documento e qui riportata per pronto riferimento (Tabella 2 - Processo di Pronto Soccorso).

TABELLA n. 2 – Processo di Pronto Soccorso

Processo di Pronto Soccorso					
FUNZIONE	ATTIVITÀ	ESITO		TEMPI MASSIMI	
TRIAGE	1. Assegnazione della priorità	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	
	2. Assegnazione ad uno specifico percorso				
3. Rivalutazione nell'attesa					
PRONTO SOCCORSO	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	Dimissione	1. Affido al MMG/PLS		
			2. Assistenza territoriale		
		Ricovero	3. Struttura Residenziale		
			4. Ritorno ambulatorio specialistico (follow up)		
		Invio in O.B.I.	1. Unità di degenza		
2. Trasferimento ad altra struttura per acuti					
O.B.I.	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Dimissione	1. 1 Affido al MMG/PLS		
			2. Assistenza territoriale		
			3. Struttura Residenziale		
		Ricovero	4. Ritorno ambulatorio specialistico (follow up)		
			1. Unità di degenza		
2. Trasferimento ad altra struttura per acuti					
				Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI Massimo 44 ore dalla presa in carico al triage	

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 e un aumento del rischio clinico.

Dell'iter di Pronto Soccorso si è già detto nella Sezione I del presente documento.

In questa Sezione si analizza la gestione del percorso all'interno dell'O.B.I.

4.1.2. Invio in O.B.I.

Se necessario, l'iter di P.S. può esitare nell'invio della persona in O.B.I. Questa fase, differente e successiva al precedente iter di P.S., deve avere una *durata non inferiore alle 6 ore e non può superare le 44 ore totali* dalla presa in carico al triage in P.S.

Il trattamento in O.B.I. può esitare a sua volta in:

- a) ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall' ora di dimissione dall'O.B.I.) 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 O.B.I.

La decisione di destinare un paziente in O.B.I. 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'equipe 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 e adeguata collocazione.

L'accesso ai servizi diagnostici e alle consulenze specialistiche per il paziente in O.B.I. 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'O.B.I. 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 O.B.I. presso altre unità operative (Pediatria, Ostetricia e Ginecologia ...), la dimissione del paziente è di responsabilità del medico di tale unità operativa.

4.4. Criteri di non ammissione in O.B.I.

Non costituiscono criteri di ammissione in O.B.I.:

- 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) - in calce a questa Sezione -, 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 – integralmente riportate dall'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 - 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 delle 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'O.B.I. 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 (6-44 ore), e di gestire il problema clinico acuto in un setting assistenziale alternativo al ricovero, usufruendo delle specifiche competenze del personale medico e 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 e 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 O.B.I., 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 **specifica 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. È previsto anche un documento di accoglienza del paziente in O.B.I. 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 O.B.I., secondo modalità definite a livello aziendale.

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

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 Continua della Qualità (MCQ), rappresentano le principali modalità di gestione del Rischio Clinico in O.B.I.

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 e 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.

È indispensabile che tutti gli strumenti e 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 a medici, infermieri, ostetrici nel caso di O.B.I. ostetrica e personale di assistenza del PS.

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

La gestione dell'O.B.I. ostetrica è affidata al personale del P.S. ostetrico o, qualora l'O.B.I. 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'O.B.I.

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in O.B.I., 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'O.B.I.

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'O.B.I. 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 O.B.I., oltre a possedere la competenza clinica richiesta per l'attività da svolgere in PS (es. BLSD, ALS, ATLS, PBLs, 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 O.B.I. In particolare, deve essere prevista una formazione specifica relativa ai criteri di ammissione e di esclusione in O.B.I.; tale formazione è realizzata mediante corsi residenziali teorico-pratici, volti a favorire l'attività di equipe.

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.

Al fine di consentire il corretto avvio delle attività, tutte le Aziende provvederanno alla formazione del proprio personale sull'O.B.I.

7. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)

7.1. Il sistema EMUR

Come si è già detto nella Sezione I del presente provvedimento, relativamente al Pronto Soccorso, il sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in P.S.; l'area specifica dell'O.B.I. è stata introdotta nel tracciato informativo sanitario regionale di riferimento per la rilevazione della competenza 2020, a seguito della introduzione, nel tracciato ministeriale EMUR PS, del nuovo "Nodo OBI" per la raccolta delle informazioni relative all'attività svolta in O.B.I. (problema clinico principale, data e ora ingresso in O.B.I., disciplina e numero della prima consulenza specialistica, disciplina e numero della seconda consulenza specialistica, esito, prestazione principale e secondaria erogate in O.B.I., diagnosi principale e secondaria di uscita dall'O.B.I., data e ora di uscita dall'O.B.I.) in applicazione delle Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva.

In un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di posti letto per acuti, l'O.B.I. offre un setting assistenziale di notevole importanza garantendo prestazioni qualitativamente elevate, rilevate, identificate e misurate. Tuttavia, considerata la disomogenea attivazione tra le Aziende sanitarie campane, risulta necessario incentivare l'attivazione del percorso di attività sanitaria specifica.

7.2. Data minimum set da rilevare nel sistema EMUR per l'attività di O.B.I.

Le variabili utili alla valutazione di attività dell'O.B.I. riguardano le informazioni di seguito riportate:

- Problema clinico principale- indica il problema clinico che ha motivato il ricovero in O.B.I. È previsto l'uso dei codici ICD-9-CM (v. Tabelle A e B - in calce a questa Sezione);
- Data di ingresso in O.B.I. - indica la data in cui il paziente viene ammesso in O.B.I. (coincide con il termine della prestazione di PS);
- Ora di ingresso in O.B.I. - indica l'ora in cui il paziente viene ammesso in O.B.I. (coincide con il termine della prestazione di PS);
- Prestazioni erogate in O.B.I. - indica i codici delle 5 prestazioni erogate in O.B.I. e giudicate più importanti per gravità clinica e 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 e il numero delle consulenze specialistiche richieste a supporto dell'attività di O.B.I.;
- Diagnosi di uscita dall'O.B.I. - indica la diagnosi principale e le quattro secondarie assegnate alla dimissione dall'O.B.I. È previsto l'uso dei codici ICD-9-CM;
- Data e Ora di uscita dall'O.B.I. - indica la data e l'ora di uscita dall'O.B.I. 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 O.B.I.: 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 O.B.I., rilevate attraverso il sistema informativo dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (flusso EMUR-PS) per il monitoraggio delle attività e delle performance.

8. INDICATORI

Al fine di fornire informazioni utili a descrivere l'attività dell'O.B.I., l'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 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 n. 3 – Indicatori O.B.I.

Tabella 3: Indicatori di 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 < 24 H	N° PAZIENTI CCHE 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 O.B.I. sono caratterizzate da variabilità a livello regionale.

Per la definizione delle modalità di finanziamento in Regione Campania si rimanda a successivi provvedimenti, nell'ambito della complessiva valutazione di costi e finanziamento delle attività di pronto Soccorso.

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.

L'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 sottolinea che l'O.B.I.:

- fa parte del processo di Pronto Soccorso;
- ha una durata fino a 44 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, a eccezione dell'O.B.I. 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'O.B.I. per le principali patologie;
 - b. gli indicatori di attività;
 - c. le motivazioni per cui si introduce la denominazione di "postazioni di O.B.I.", e non di posto letto di O.B.I., che in nessun caso rientra nel numero globale di posti letto dell'ospedale.

L'O.B.I., 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.

TABELLA A) - Quadri clinici indicati per ammissione in O.B.I. di pazienti ADULTI

CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 Tachicardia parossistica sopraventricolare 42731 Fibrillazione atriale 42789 Altre aritmie cardiache	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio. Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo cardioversione elettrica Esclusione di recidive	TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono, approfondimento diagnostico complesso, Scompenso cardiaco e SCA Eventi acuti	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici 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
CEFALEA	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)
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

CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
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 introdotti/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia idratazione e/ o mediante sondino NG
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	786.50 Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico -strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriati. Approfondimento diagnostico – strumentale	Pazienti con 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 a un trattamento appropriato eseguito in Pronto Soccorso, o in cui è necessario stabilire un'analgia 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

CONDIZIONE/ SINTOMO	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 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 terapia	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 aspecifico 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 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 indicazioni al ricovero urgente. Classe NYHA III e IV.	Monitoraggio multiparametrico EGA Esami: routine + a12 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 indicazioni al ricovero urgente	EGA ECG Consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali

CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
SINDORME 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 necessita 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 Concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo cranico Approfondimento diagnostico-strumentale	GCS ≥14, senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia antiaggregazione Dinamica a bassa energia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbidità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni di ipertensione endocranica Consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

TABELLA B) - Quadri clinici indicati per ammissione in O.B.I. di pazienti PEDIATRICI

CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare 42731 fibrillazione atriale	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali. Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo; monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica. Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive.	ITPS 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
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 90e 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
BRONCHIOLITE	4661 bronchiolite acuta	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Ricerca VRS su aspirate nasale Terapia farmacologia 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/ SINTOMO	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 delta 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, IE meningite)	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICE	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 delta 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 introdotti/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 anticomiziali somministrazione farmaci anticomiziali

CONDIZIONE/ SINTOMO	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 arresto 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/ SINTOMO	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 (escluse 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 clinico e valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche Dimissibilità prevedibile entro le / 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta e 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 IECG
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 Ira 4 e 6)	Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano di ricovero ordinario	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Aerosolterapia con adrenalina e budesonide Somministrazione cortisone per os
LINFOADENOPATIA	7856 linfadenomegalia	Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con esami ematochimici Ecografia Eventuale inizio terapia specifica	ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	Forte sospetto di malattia oncologica Quadro con chiara indicazione chirurgica	Indici di flogosi Sierologia per EBV Ecografia Consulenza ORL Somministrazione farmaci

CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
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 generato del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico	Cianosi a riposo, distress grave	Monitoraggio parametri: FR-SatO ₂ , 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 risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri: FR, SatO ₂ , 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 alto	Deficit neurologico, compromissione della coscienza	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORUNPI

CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
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 33811 dolore acuto da trauma	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specificata Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Presenza di patologie sottostanti /o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore	Valutazione mediante scale adeguate all'età Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali per definire la causa
TRAUMA ADDOMINO- 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

CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 850.1 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS $\geq$ 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, SatO ₂ , PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica
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, SatO ₂ , FC Esami radiologici Terapia antalgica

SEZIONE III

INDICAZIONI REGIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO.

INDICE

PREMESSA E ANALISI DI CONTESTO.....	60
1. DEFINIZIONI	66
2. FATTORI RILEVANTI.....	67
2.1. Fattori di ingresso.....	68
2.2. Fattori interni.....	69
2.3. Fattori di uscita.....	70
2.4 Fattori di umanizzazione.....	73
3. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO.....	74
3.1. Responsabilità.....	76
4. SISTEMI DI MONITORAGGIO.....	77

PREMESSA E ANALISI DI CONTESTO

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, come riportata dall'Accordo Stato regioni del 1° agosto 2019, 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 cosiddette *“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 a 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 a 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, a 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'insufficiente 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 (cosiddetto *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 della qualità delle

cure e della sicurezza per i pazienti e per gli operatori, oltre a 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").

Tutti questi fattori disfunzionali possono, evidentemente, tradursi anche 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.

L'attività assistenziale in emergenza - urgenza è caratterizzata da un'affluenza in pronto soccorso che, monitorata e valutata, restituisce informazioni preziose per le indicazioni organizzative atte a contrastare il fenomeno del sovraffollamento e/o dell'affluenza peculiare. In riferimento alla competenza 2023, nel contesto regionale campano, si osserva quanto segue:

- gli accessi giornalieri in pronto soccorso sono caratterizzati da una ripartizione dell'affluenza concentrata (corrispondente a circa il 30% degli accessi) nell'intervallo orario tra le ore 8:00 e le ore 12:00 antemeridiane, con una costante affluenza nelle ore postmeridiane e un calo atteso tra le ore 00:00 e le ore 08:00 del mattino (Grafico 1);
- su base settimanale, si osserva una distribuzione degli accessi quasi costante durante l'arco della settimana, considerato un leggero aumento, rispetto agli altri giorni, con massima affluenza nella giornata di lunedì (Grafico 2);
- su base mensile, un leggero aumento nel numero degli accessi si riscontra nei mesi di Luglio e di Agosto (Grafico 3).

GRAFICO n. 1 – Distribuzione regionale degli accessi in PS su base giornaliera

Ripartizione dell'affluenza in Pronto Soccorso rispetto alle ore giornaliere – Regionale

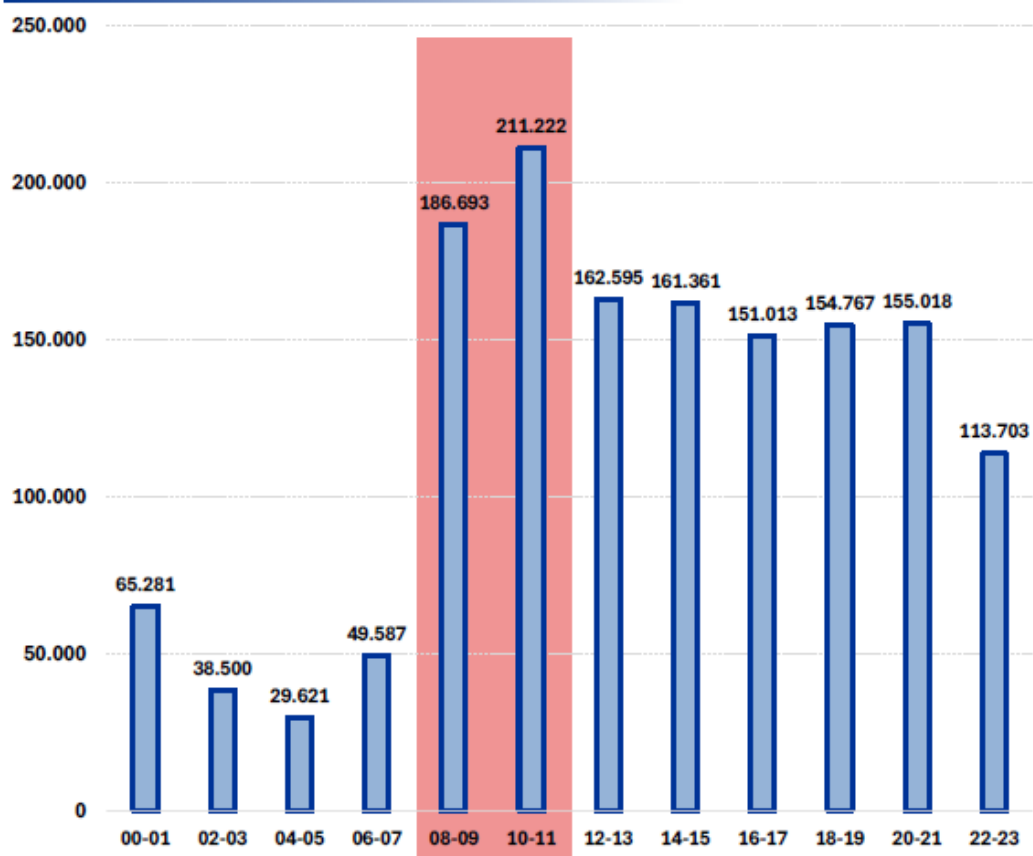


GRAFICO n. 2 – Distribuzione regionale degli accessi in PS su base settimanale

Ripartizione dell'affluenza settimanale in Pronto Soccorso – Regionale

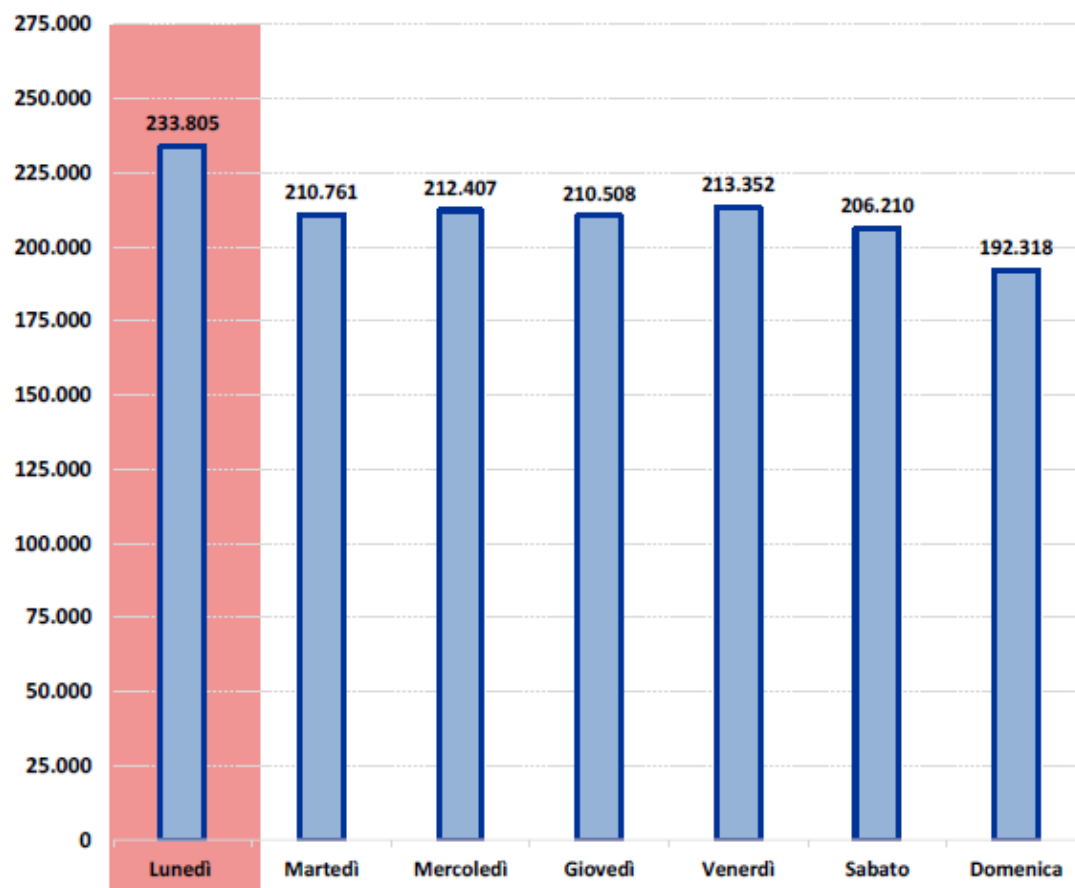
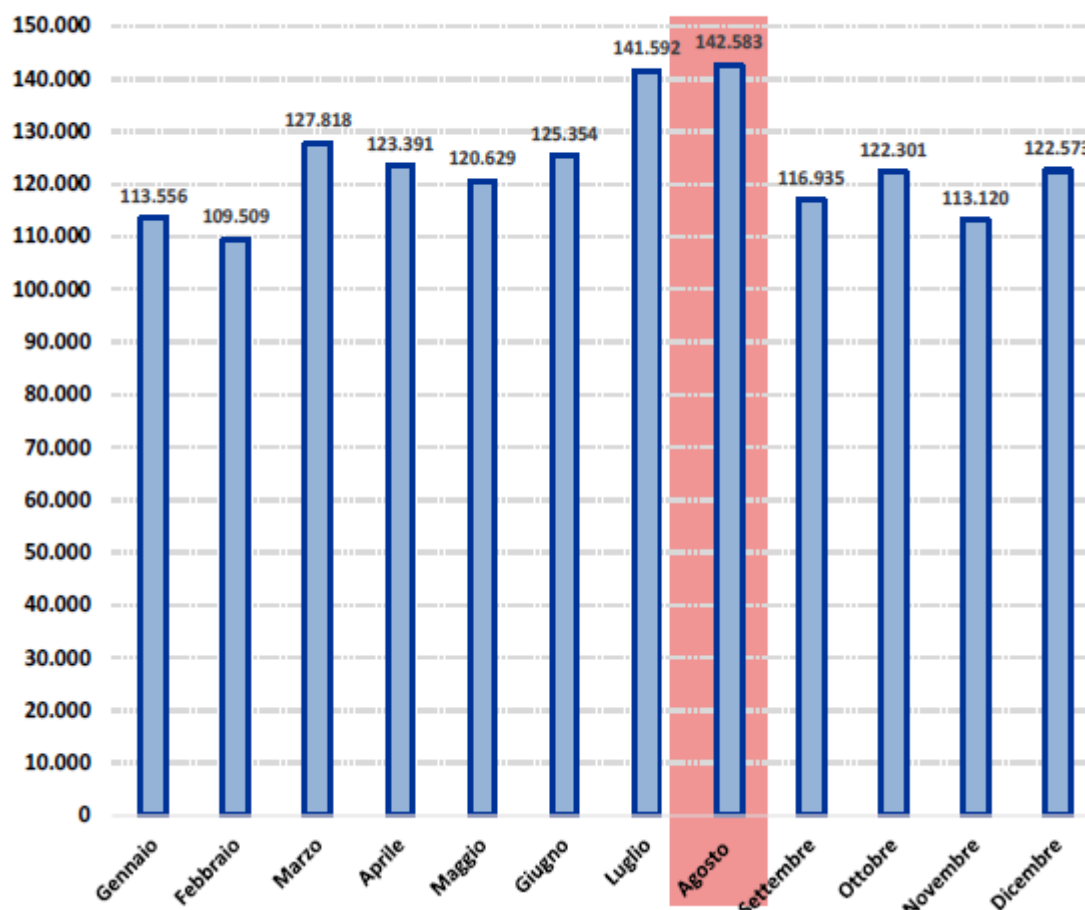


GRAFICO n. 3 – Distribuzione regionale degli accessi in PS su base mensile

Ripartizione dell'affluenza mensile in Pronto Soccorso – Regionale



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 dei 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.

Al riguardo, si rimanda ai provvedimenti già approvati per la rete dell'emergenza-urgenza (DCA n. 103/2018) e per le reti tempo dipendenti:

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 indicazioni per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso dovranno condurre alla definizione di strategie aziendali per la corretta gestione dei pazienti urgenti.

1. DEFINIZIONI

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.

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.

È 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).

Boarding

E 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

Richiamando il modello di flusso del sistema basato sulle tre macro fasi *input* (fattori in ingresso) / *throughput* (fattori interni) / *output* (fattori in uscita), è 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 riorganizzative.

Tra i fattori di **"input"**, oltre agli 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).

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.

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.

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) e 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 aziendale:

- Definizione di percorsi di *"affidamento diretto"* per la presa in carico da parte delle Unità Operative Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle *stesse* (es. *pazienti oncologici-nefrologici-ematologici- supporto trasfusionale-urologici*).
- Definizione di percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali: classe di priorità di tipo U (entro 72 ore).
- Implementazione presso ciascun Pronto Soccorso di modalità strutturate per la gestione dell'informazione/indirizzamento dei pazienti verso la rete dei servizi sociali sociosanitari per percorsi complessi.
- Definizione di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei *"frequent user"*.

Oltre a ciò, è inevitabile che la gestione del sovraffollamento si basi sull'integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali e, pertanto, sarà necessario:

- Definire per ciascun territorio 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.
- Attivare soluzioni volte a migliorare l'accessibilità ai servizi di continuità assistenziale, quali ad esempio l'attivazione del numero unico europeo 116117.

Inoltre, 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 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 turnover 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 e inter-ospedalieri che devono essere dimensionati in relazione alle modifiche giornaliere e stagionali dei fabbisogni.

L'Accordo Stato Regioni del 2019 elenca 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;
- Adozione di strumenti di comunicazione (sistemi informativi) volti a condividere con i servizi e 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 (O.B.I.) 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 media 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.

FUNZIONE DI BED MANAGEMENT

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 aziendale che ne evidenzia le modalità organizzative e le relative attività.

Modalità organizzative

- L'attribuzione della funzione del Bed Management a 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:
 - Direzione medica di presidio
 - Pronto soccorso
 - Le Unità Operative e i Servizi dell'azienda
 - Distretto sanitario e altre strutture territoriali di assistenza
 - Case manager, se presente

Attività

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

- Gestire la risorsa “posto letto”
 - verifica in tempo reale della disponibilità dei posti letto;
 - indicazione dei tempi di ricovero attraverso un sistema di relazione continua con le UUOO, supportato da un cruscotto per il monitoraggio.

- Gestire il piano delle dimissioni:
 - 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.

Le Aziende dovranno 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 l'Azienda pubblica report sui dati di attività.

2.4. Fattori di umanizzazione

Ogni persona che accede al Pronto Soccorso ha diritto al rispetto della propria dignità personale che deve essere garantita 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 e 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 familiari 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 a 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 necessario che tutte le Aziende e le Strutture private accreditate dotate di pronto Soccorso sviluppino il proprio piano aziendale per la gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso.

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 basarsi su un set di indicatori statici e dinamici, la cui rilevazione deve essere effettuata in modo puntuale e in tempo reale nell'intero arco delle 24 ore. Gli stessi attengono, in via prioritaria, alla verifica del rispetto dei tempi standard di permanenza nel Pronto Soccorso con obiettivi di contenimento (tempo di attesa tra arrivo in PS e registrazione triage; tempo di attesa tra registrazione triage e prima visita, tempo di permanenza in PS, tempo di processo in OBI, tempo di attesa dalla decisione di ricovero al ricovero) e, conseguentemente, alla misurazione e monitoraggio del livello di sovraffollamento al tempo di valutazione in relazione alle dotazioni organiche e strutturali del PS in esame, tenuto conto del numero di pazienti presenti con specifico tempo di permanenza in PS (inferiore alle 24h; compresa tra le 24h e le 48h e superiore alle 48h), complessivamente in carico e in attesa.

L'ulteriore sviluppo è pertanto 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: NEDOCS (Acad. Emerg. Med; January 2004), CEDOCS (Amer. Journal of Emerg. Medicine; 2014) e SONET (Emergency Medicine International; 2015).

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 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.

Dal momento che la scala di valutazione NEDOCS, in parte già in uso in alcune delle Aziende Sanitarie Regionali, risulta essere accreditata in letteratura e ampiamente utilizzata per la misurazione del grado di sovraffollamento, in quanto consente di restituire livelli di score significativi dell'effettivo livello di over-crowding, si ritiene utile prevedere un sistema uniforme di valutazione e monitoraggio sulla base dell'indicatore di seguito rappresentato, con la definizione di soglie di criticità:

Score di sovraffollamento

$$\text{SCORE NECODS} = 85,5(C/A) + 600(F/B) + 13,4(D) + 0,93(E) + 5,64(G) - 20$$

calcolato sulla base delle seguenti informazioni rilevate nei presidi sedi di pronto soccorso:

- A. N° di posti (letti/barelle/box) presidiati in PS
- B. N° di posti letto in Ospedale (con accesso da PS)
- C. N° di pazienti in carico in PS
- D. N° di pazienti critici in PS
- E. Tempo attesa massimo per il ricovero
- F. Tempo attesa massimo per la prima visita
- G. N° di pazienti in attesa di ricovero

In una prima fase di attuazione, in attesa dell'adozione di un sistema di registrazione puntuale delle dotazioni di struttura (N° di posti (letti/barelle/box) presidiati in PS – capacità ricettiva) è previsto il calcolo dell'indicatore di misurazione della efficienza operativa del singolo pronto soccorso di effettuare la dimissione da PS (o trasferimento in reparto di degenza) entro le 24h dall'accesso in rapporto alle dimissioni oltre le 24h.

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 indicativa, spetta a ciascuna azienda l'identificazione delle azioni più appropriate e 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

A. Presso la Direzione Sanitaria viene individuata una funzione aziendale di "facilitazione dell'attività di ricovero in emergenza-urgenza", attribuita a personale debitamente 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 e 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.

B. 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.

Agli indicatori puntuali rilevati in modo continuativo, risulta utile integrare indicatori complessivi calcolati in riferimento a un arco temporale su base settimanale, mensile, annuale per intercettare situazioni di attenzione e di segnalazione di fenomeni di 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
 - Distribuzione degli accessi per fascia oraria giornaliera, giorno della settimana e mese dell'anno

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.

Il sistema di monitoraggio presuppone due livelli di valutazione, aziendale e regionale. Specifici indicatori ex ante potranno essere implementati con il supporto dei sistemi informativi aziendali che consentano la verifica di informazioni in tempo reale, per intercettare situazioni di sovraffollamento e attivare specifiche azioni di intervento e correttivi sul piano organizzativo; gli stessi dovranno tenere conto di indicatori di capacità, indicatori di domanda sanitaria e indicatori di processo con specifiche soglie di attenzione.

A livello regionale, possono essere valutati i riscontri degli indicatori di esito e di processo, statici (attualmente PL reparti di degenza) e dinamici descritti, con una tempistica attualmente riferita all'arco settimanale sulla base delle informazioni trasmesse nell'ambito del monitoraggio del flusso informativo sanitario NSIS EMUR-PS PANFLU; il monitoraggio regionale viene definito ed articolato annualmente per singolo presidio sede di Pronto Soccorso, unitamente alle soglie del livello di sovraffollamento, e verificato mensilmente nell'ambito del Cruscotto Informativo Regionale per la Sanità.

→ Le Aziende devono formalizzare il proprio Piano aziendale per la gestione del sovraffollamento, che includa anche l'esplicita individuazione della funzione di Bed Management, entro sei mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURC.