



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 57 del 14.06.2012

Oggetto: Decreto commissariale n. 45 del 20 giugno 2010 “Programma Operativo 2011-2012” – Approvazione intervento 3.1 – Riqualificazione rete emergenza-urgenza -.

PREMESSO

che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007, la Giunta Regionale della Campania ha approvato l'Accordo Attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180 della Legge 30.12.2004, n. 311;

che con legge regionale n. 16 del 28.11.2008, il Consiglio Regionale della Campania ha stabilito le misure finalizzate a garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e la riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale;

che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n.159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;

che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191 del 2009;

che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sono stati nominati sub commissari ad acta con compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;

che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23.03.2012, sono state accolte le dimissioni del dott. Achille Coppola e nominato il dott. Dott. Mario Morlacco unico Sub Commissario ;

che con Decreto Commissariale n. 22 del 22/03/2011 è stato approvato il Piano Sanitario Regionale, redatto secondo quanto stabilito dal punto t) della delibera del Consiglio dei Ministri 24/04/2010;

che in data 06/04/2011 con il protocollo n. 96 è stato trasmesso, previa valutazione sulla piattaforma SIVEAS la bozza dei programmi Operativi 2011-2012;

che nella seduta del 14/04/2011 Tavolo tecnico e Comitato permanente hanno evidenziato che *“il miglioramento operativo 2011-2012 necessita di integrazioni e modifiche in ordine alla effettiva realizzazione dei risparmi preposti attraverso la predisposizione di relazioni tecniche dettagliate”*;

che il Commissario ad Acta sulla base delle indicazioni emerse nelle verifiche del 14 aprile e 31 maggio 2011 del Tavolo ha provveduto ad approvare con il decreto commissariale n. 45 del 20/06/2011 i Programmi Operativi 2011-2012 articolati nei seguenti punti:

1. Governance
2. Rete Ospedaliera
3. Riqualificazione dell'assistenza territoriale
4. Prevenzione, veterinaria ed igiene degli alimenti
5. Razionalizzazione e gestione del personale
6. Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica
7. Interventi di sistema
8. Fornitura prestazioni da privati accreditati
9. Protocolli d'intesa con le Università degli Studi
10. Tariffe.

PRESO ATTO

che il Ministero della Salute in data 15/09/2011 ha emesso motivato parere in ordine al decreto Commissariale n. 45 del 20/06/2011 richiedendo modifiche ed integrazioni;

che nelle more con Decreto Commissariale n. 53 del 09.05.2012 sono stati approvati i Programmi Operativi 2011/2012 – adeguamento per l'anno 2012;

che, tra le integrazioni richieste relative al punto 3 di cui sopra – rete dell'Emergenza –Urgenza – vi è quella di procedere in tempi rapidi all'approvazione dei seguenti documenti, finalizzati alla costituzione dei DIE e alla conseguenziale attivazione del Coordinamento Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza:

1. Schema dell'atto di intesa interaziendale per la costituzione del Dipartimento Integrato dell'Emergenza (DIE);
2. Approvazione delle linee d'indirizzo regionale per l'organizzazione delle unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
3. Approvazione delle linee d'indirizzo regionali per l'organizzazione del triage ospedaliero

che è necessario, inoltre, definire un percorso amministrativo per la stesura, da parte dei Direttori Generali o Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie, di un documento di Pianificazione Attuativa per l'Emergenza-Urgenza, da sottoporre alla verifica di conformità alle linee di programmazione

regionale, da parte del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro che la effettua, per il tramite degli uffici regionali all'uopo preposti.

VISTI

le Linee di indirizzo regionali per la Pianificazione Attuativa Aziendale per l'Emergenza-Urgenza (PAA-EMUR), lo Schema dell'atto di intesa interaziendale per la costituzione del Dipartimento Integrato dell'Emergenza (DIE), le Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione delle unità OBI (Osservazione Breve Intensiva) e le Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione del Triage ospedaliero, predisposti ed approvati dal Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi regionali dell'Emergenza con la collaborazione di un gruppo tecnico di lavoro a composizione multidisciplinare di supporto alle attività del predetto Settore regionale;

DATO ATTO

che la struttura commissariale, in attuazione delle modifiche ed integrazione di cui al punto 3 – rete dell'Emergenza – Urgenza – del decreto Commissariale n. 45 del 20/06/2011 richieste dal Ministero della Salute in data 15/09/2011, valutata la conformità e la completezza ritiene di dover procedere all'approvazione:

- a) dello Schema dell'atto di intesa interaziendale per consentire la costituzione dei Dipartimenti Integrati dell'Emergenza (DIE) e l'attivazione del Coordinamento regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza;
- b) delle Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione delle unità OBI (Osservazione Breve Intensiva) e delle Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione del Triage ospedaliero per impegnare le Aziende Sanitarie ad una concreta riorganizzazione del pronto soccorso;
- c) delle Linee di indirizzo regionali per la Pianificazione Attuativa Aziendale per l'Emergenza-Urgenza (PAA-EMUR).

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

DECRETA

- di approvare la seguente documentazione che forma parte integrante e sostanziale del presente atto:
 - a) Linee di indirizzo regionali per la Pianificazione Attuativa Aziendale per l'Emergenza-Urgenza (PAA-EMUR);
 - b) Schema dell'atto di intesa interaziendale per consentire la costituzione dei Dipartimenti Integrati dell'Emergenza (DIE) e l'attivazione del Coordinamento regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza;
 - c) Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione delle unità OBI (Osservazione Breve Intensiva);
 - d) Linee di indirizzo regionali per l'organizzazione del Triage ospedaliero per impegnare le Aziende Sanitarie ad una concreta riorganizzazione delle attività di pronto soccorso;
- di stabilire, ai fini dell'attuazione degli obiettivi e degli interventi previsti nell'ambito dell'emergenza-urgenza di cui al decreto commissariale n. 49/2010:
 - 1. che i Direttori Generali o Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie approvino il piano attuativo aziendale per l'emergenza-urgenza (PAA-EMUR) con proprio atto, entro trenta (30) giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, in attuazione delle linee di indirizzo approvate (PAA-EMUR, OBI, triage);

2. che il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro effettua, per il tramite degli uffici regionali all'uopo preposti, la verifica della conformità del PAA-EMUR al presente atto d'indirizzo e alle linee di programmazione regionale;
 3. che, qualora il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro rilevi la mancanza di conformità del PAA-EMUR alle presenti linee di indirizzo e alle linee di programmazione regionale, rinvia l'atto medesimo al Direttore Generale o al Commissario Straordinario per i necessari adeguamenti;
 4. che, sulla scorta degli eventuali rilievi effettuati, l'azienda provvede, entro i successivi 15 giorni, alla regolarizzazione dei contenuti e al recepimento delle indicazioni regionali;
 5. che, a seguito della approvazione del PAA-EMUR da parte del commissario ad acta, lo stesso sarà pubblicato sul BURC. L'azienda provvederà quindi alla pubblicazione sul proprio sito web.
- di affidare il monitoraggio dei piani attuativi al Coordinamento Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza;
 - di stabilire, ai fini dell'attuazione degli obiettivi e degli interventi previsti nell'ambito del DIE di cui al decreto commissariale n. 49/2010, che i Direttori Generali o Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie, in caso di dipartimenti interaziendali, devono sottoscrivere un protocollo d'intesa interaziendale, di cui all'allegato schema di atto di intesa interaziendale;
 - di stabilire che l'atto d'intesa interaziendale, dovrà essere sottoscritto dai rispettivi Direttori Generali o Commissari Straordinari entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto commissariale e trasmesso entro 15 giorni dalla data di sottoscrizione agli uffici regionali all'uopo preposti per la verifica di conformità alle linee di indirizzo e alle linee di programmazione regionali;
 - di inviare il presente provvedimento all'AGC 20 Assistenza Sanitaria; al Settore Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale; al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario Morlacco

Il Coordinatore della A.G.C. 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore della A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore Ospedaliero
Dott. R. Pizzuti



Regione Campania

Linee di indirizzo regionali per la pianificazione attuativa aziendale per l'emergenza-urgenza (PAA-EMUR).

La fase attuativa della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza richiede, a causa della sua complessità, l'emanazione di linee guida regionali a supporto della pianificazione attuativa aziendale.

Pertanto, le Direzioni Aziendali dovranno approvare e trasmettere alla struttura commissariale, entro 30 giorni dalla approvazione del presente documento, un piano, in attuazione del Decreto commissariale n. 49/2010, ove dovranno essere specificate puntuali e dettagliate previsioni concernenti:

- L'istituzione del Dipartimento strutturale Integrato delle Emergenze (DIE), secondo le previsioni dello schema regionale approvato, in modo tale da governare tutte le componenti territoriali ed ospedaliere del S.I.R.E.S., che ricomprende le funzioni di Allarme Sanitario, di Trasporto Infermi, Servizio di Assistenza Urgenza Territoriale e le Attività di Emergenza Ospedaliera per il territorio della Centrale Operativa (C.O.). esse sono escluse dalle seguenti strutture:
 - o U.O. Centrale Operativa,
 - o U.O. Emergenza territoriale,
 - o U.O. P.S. ed Osservazione breve, ovvero,
 - o U.O. P.S. osservazione breve e Medicina d'Urgenza,
 - o Direttori Servizi Infermieristici.
- La pianificazione della delocalizzazione territoriale delle postazioni SAUT e PSAUT nei limiti previsti dalla Delibera 1268/2009, così come integrato e modificato dal Decreto Commissariale n. 49/2010.
- L'attivazione della funzione di triage in tutti i presidi attualmente dotati di Pronto Soccorso per i quali non ne è prevista la chiusura nei prossimi due anni, secondo quanto previsto dal documento regionale "Linee di indirizzo per l'organizzazione del triage ospedaliero".
- L'attivazione, nell'ambito del Dipartimento Integrato dell'Emergenza, di posti letto di osservazione breve intensiva (OBI), non destinati alla degenza ordinaria, secondo quanto previsto dal documento regionale "Linee d'indirizzo per l'istituzione dell'Osservazione Breve Intensiva.", tenuto conto che i posti letto dell'OBI vanno computati, così come previsto dal decreto commissariale n. 49/2010, tra quelli per la disciplina di medicina generale.
- L'individuazione degli interventi di edilizia sanitaria e del fabbisogno di attrezzature biomedicali, specifici per l'emergenza-urgenza, eventualmente necessari per l'adeguamento strutturale e del patrimonio tecnologico alle funzioni programmate, con una previsione di massima dei relativi costi. Tali indicazioni sono richieste a supporto del programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/88 che dovrà essere coerente con la riorganizzazione della rete ospedaliera e che dovrà essere finalizzato alla sua piena attuazione;

- Il piano di redistribuzione del personale aziendale in ragione della programmata istituzione dei DIE, sia nell'ambito delle attività ospedaliere che nell'ambito di quelle territoriali.

Il piano attuativo aziendale per l'emergenza-urgenza (PAA-EMUR) deve essere approvato dal Direttore Generale o dal Commissario Straordinario con proprio provvedimento. Esso dovrà essere trasmesso, entro trenta (30) giorni dalla data di pubblicazione delle presenti linee di indirizzo, alla Regione Campania.

Il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro effettua, per il tramite degli uffici regionali all'uopo preposti, la verifica della conformità del PAA-EMUR al presente atto d'indirizzo e alle linee di programmazione regionale.

Qualora il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro rilevi la mancanza di conformità del PAA-EMUR alle presenti linee di indirizzo e alle linee di programmazione regionale, rinvia l'atto medesimo al Direttore Generale o al Commissario Straordinario per i necessari adeguamenti.

Sulla scorta degli eventuali rilievi effettuati, l'azienda provvede, entro i successivi 15 giorni, alla regolarizzazione dei contenuti e al recepimento delle indicazioni regionali.

A seguito della approvazione del PAA-EMUR da parte del commissario ad acta lo stesso sarà pubblicato sul BURC. L'azienda provvederà quindi alla pubblicazione sul proprio sito web.



REGIONE CAMPANIA

Schema di Protocollo di intesa interaziendale tra l'Azienda Sanitaria Locale e l'Azienda Ospedaliera

L'anno 201_ il giorno_____ del mese di _____, nella sede_____ si sono costituiti il Direttore Generale/Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale (di seguito denominata ASL) _____ e il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera (di seguito denominata A.O)._____ per la sottoscrizione del presente protocollo d'intesa.

Premesso che

- con Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, n. 49 del 27.09.2010 è stato approvato il “Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/rucibversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza ed efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche ed integrazioni”.
- nell'ambito della riorganizzazione delle reti assistenziali con medesimo decreto commissariale n. 49/2010 è stata approvata, ai fini della rimodulazione della rete dell'emergenza – urgenza, la costituzione dei Dipartimenti Integrati delle Emergenze.

Atteso che

- ogni Azienda Sanitaria deve garantire la piena funzionalità del sistema Emergenza – Urgenza e nel caso di dipartimenti interaziendali deve essere sottoscritto un protocollo d'intesa per disciplinare i rapporti di natura giuridica e finanziaria (coerentemente con gli indirizzi di natura sanitaria previsti dal decreto commissariale 49/2010);

Preso Atto

- che il DIE, avvalendosi delle proprie componenti integrate e ripartendo tra di esse i compiti previsti, deve:
 - garantire la necessaria mobilità del personale (per adeguamento alle necessità d'intervento) e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di burn out e riproporzionare i carichi di lavoro);
 - garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbilità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.);
 - garantire gli standard strutturali, operativi e clinici definiti dall'Assessorato alla Sanità;
 - garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;
 - applicare le linee guida diagnostico/terapeutiche sui percorsi del paziente;
 - effettuare le valutazioni qualitative dell'attività svolta;
 - attuare i programmi di formazione e miglioramento della qualità definiti dall'Assessorato alla Sanità;

- verificare il possesso ed il mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativo/clinici degli Enti ed Associazioni che collaborano nell'attività di emergenza;
- approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere;
- eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extrospedaliere.

Considerato

- che per il perseguimento dei precitati obiettivi del DIE le Direzioni Generali Sanitarie che sottoscrivono l'intesa si impegnano a produrre un Regolamento di Dipartimento per la definizione delle azioni locali ritenute più opportune, sia riguardo le modalità e i tempi, che i soggetti operativamente coinvolti.

Si stipula quanto segue:

Art.1 Premesse

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente protocollo d'intesa

Art.2 Oggetto del Protocollo d'Intesa

Il protocollo d'intesa viene stipulato nell'ambito degli interessi istituzionali degli Enti partecipanti ai fini dell'attuazione degli obiettivi e degli interventi previsti nell'ambito del DIE così come previsto con decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, n. 49 del 27.09.2010.

Art. 3 Risorse umane e strutturali

Le risorse di rispettiva competenza da utilizzare in comune e da affidare al Comitato di Dipartimento sono quelle di pertinenza delle strutture aziendali di seguito elencate:

ASL

U.O. Emergenza Territoriale

UU.OO. P.S ed Osservazione Breve Intensiva di seguito elencate:

UU.OO. P.S ed Osservazione Breve e Medicina d'Urgenza di seguito elencate:

Servizio Infermieristico

A.O.

U.O. Centrale Operativa 118

U.O. P.S ed Osservazione Breve

UU.OO. P.S ed Osservazione Breve e Medicina d'Urgenza

Servizio Infermieristico

Tali strutture partecipano al DIE con tutte le risorse umane di rispettiva competenza, così come determinato dagli Atti Aziendali proposti dalle Aziende Sanitarie succitate ed approvati dalla Regione Campania.

Tutte le tecnologie necessarie alla piena funzionalità del DIE, saranno messe a disposizione dalle aziende facenti parte del DIE, ognuna per le rispettive competenze.

Successive implementazioni delle risorse tecnologiche saranno determinate in sede dipartimentale e i costi verranno ribaltati sulle aziende, ognuna per la propria competenza;

Art.4 Oneri economici per la gestione del servizio

Al fine di determinare i costi annuali di gestione del servizio ed eventualmente di definire l'entità del Budget annuale del DIE, si elencano di seguito le principali voci di spese, suddivise per azienda:

COSTI EMERGENZA ASL	VOCI DI COSTO	IMPORTO ANNO
• <i>affidamento e conduzione STI</i> • <i>manutenzione ordinaria e straordinaria</i>	•	•
• <i>Acquisti centralizzati</i>	•	•
• <i>Corsi di formazione per i medici</i> • <i>Corsi di formazione per il personale non medico</i>		•
• <i>Costo medici EST dipendenti</i> • <i>Convenzionati</i>	•	•
• <i>Costo infermieri dipendenti</i> • <i>convenzionati</i>	•	•
• <i>Costo Autisti/soccorritori dipendenti</i> • <i>Convenzionati</i>	•	•
• <i>Locazioni stabili</i>	•	•
• <i>Servizi esternalizzati</i>	•	•
• <i>Utenze (incluso IVA)</i>	•	•
• <i>Farmaci</i>	•	•
• <i>materiale di consumo</i>	•	•
• <i>Carburanti</i>	•	•
• <i>Assicurazione autoambulanze</i>	•	•
• <i>Manutenzione elettromedicali</i>	•	•
• <i>Gestione ed affidamento Elisuperfici</i>	•	•
TOTALE	•	•

COSTI EMERGENZA AO	VOCI DI COSTO	IMPORTO ANNO
• <i>affidamento e conduzione CMR</i> • <i>manutenzione ordinaria e straordinaria</i>	•	•
• <i>Gestione COT</i>	•	•
• <i>Acquisti centralizzati</i>	•	•
• <i>Corsi di formazione per i medici</i> • <i>Corsi di formazione per il personale non medico</i>		•
• <i>Costo medici dipendenti</i> • <i>Convenzionati</i>		•
• <i>Costo infermieri dipendenti</i> • <i>convenzionati</i>	•	•
• <i>Costo Autisti/soccorritori dipendenti</i> • <i>convenzionati</i>	•	•
• <i>Altro personale (OSS/ tecnici)</i>	•	•
• <i>Consulenze</i>	•	•
• <i>Utenze(incluso IVA)</i>	•	•
• <i>Farmaci</i>	•	•
• <i>materiale di consumo</i>	•	•
• <i>Carburanti</i>	•	•
• <i>Assicurazione autoambulanze</i>	•	•
• <i>Manutenzione elettromedicali</i>	•	•
• <i>Gestione ed affidamento Elisuperfici</i>	•	•
TOTALE	•	•

Ogni altro onere economico necessario alla corretta gestione dipartimentale sarà determinato in sede di Consiglio di Dipartimento e i costi verranno ripartiti tra le singole Aziende, ognuna per la propria competenza.

Art. 5

Servizi di supporto

La necessaria collaborazione dei servizi di supporto (provveditorato, economato, etc.) delle aziende che partecipano al DIE verrà definita con atto d'intesa tra i Direttori Generali in base alle esigenze

manifestate e con la previsione dell'istituzione di un'U.O. Amministrativa del DIE.

Art.6

Decorrenza e durata del protocollo

Il presente protocollo spiega la sua efficacia fra le parti a decorrere dalla data della stipula dello stesso fino al _____ (un anno) ed è rinnovabile previo accordo sottoscritto tra le parti. Nelle more della fase di rinnovo trova comunque applicazione il presente accordo.

Art.7

Foro competente

Le parti convengono che per qualsiasi controversia, relativa all'interpretazione o esecuzione del presente protocollo che non venga definita bonariamente, sarà competente il Foro di Napoli. Tale competenza è prevista dalle parti in via esclusiva, ai sensi e per gli effetti dell'art. 29, co 2, cod. proc. civ..

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale dell'A.O.R.N.

Il Commissario Straordinario dell'ASL



Regione Campania - Linee d'indirizzo per l'istituzione dell'Osservazione Breve Intensiva.

La Regione Campania ha approvato il **Decreto del Commissario ad acta n.49** del 27 settembre 2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche ed integrazioni", pubblicato sul B.U.R.C. n. 65 del 28 settembre 2010.

Tale atto, tra gli obiettivi della riorganizzazione del sistema di emergenza ed urgenza, prevede l'attivazione, nell'ambito del Dipartimento Integrato dell'Emergenza, di posti letto di osservazione breve intensiva (OBI), non destinati alla degenza ordinaria. Infatti gli ospedali sede del 2° e 3° livello dell'emergenza devono assicurare, tra l'altro, oltre che pronto soccorso e accettazione, anche l'osservazione breve; i posti letto dell'OBI vanno inoltre computati tra quelli previsti per la disciplina di medicina generale.

Il Medico che opera nel Pronto Soccorso (P.S.) ha il compito di accettare, valutare e trattare le emergenze-urgenze, decidendo, al termine del percorso, se dimettere o ricoverare il paziente.

Nella maggior parte dei casi questa decisione si realizza in tempi brevi, ma in una percentuale variabile tra il 5 e il 10 % è necessario seguire un percorso clinico, diagnostico e terapeutico e di osservazione di durata maggiore rispetto ai tempi abituali del P.S., ma inferiore a quella del ricovero ordinario.

Questo è il motivo che ha favorito in molte nazioni ed in diverse regioni italiane l'istituzione della Osservazione Breve Intensiva¹ (O.B.I.) per la gestione di problemi clinici acuti che richiedono un iter relativamente univoco e prevedibile, non differibile e non gestibile ambulatorialmente, di norma non superiore a 24 ore.

L'O.B.I. ha la finalità di un rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, in genere non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per identificare l'appropriatezza del ricovero e della sua sede, o della dimissione. Esso si caratterizza per la possibilità di assicurare al paziente che afferisce al Pronto Soccorso e che presenta patologie ad alto grado di complessità e a basso grado di criticità un iter diagnostico-terapeutico completo ed erogato in tempi brevi con:

- possibilità di accedere ad indagini diagnostico strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore;
- livello assistenziale e organizzativo tale da garantire visite, ammissioni e dimissioni tempestive;
- formalizzazione e regolamentazione esplicita dell'attività (autorizzazione aziendale, definizione del numero di Posti Letto di O.B.I., adozione di documenti, protocolli e linee guida comportamentali per la definizione dei livelli di gravità e dei percorsi diagnostico terapeutici conseguenti, ecc.);
- documentazione dell'attività (compilazione di cartella clinica di O.B.I.);

L'istituzione dell' O.B.I. mira a:

- evitare ricoveri ordinari non necessari o inappropriati fin dalla ammissione;
- assicurare condizioni di sicurezza per l'osservazione di casi non critici senza dover ricorrere al ricovero ordinario;
- evitare dimissioni improprie dal P.S.;

L'O.B.I., non riguardando attività programmata o programmabile, non deve essere utilizzata come:

- "appoggio" di ricoveri programmati o come attività programmata;
- funzione sostitutiva di attività eseguibili in regime ambulatoriale o in DH;
- isolamento di malattie infettive;
- ricovero di pazienti con situazioni cliniche che facciano presumere una degenza >24 h;
- ricovero di pazienti con patologie gravi e parametri vitali instabili, con volontà auto-lesiva, con problemi psichiatrici acuti o con gravi emorragie in atto.

¹ Il termine "intensivo" è riferito esclusivamente a meccanismi organizzativi e gestionali e non fa riferimento ai requisiti strutturali tecnologici ed impiantistici propri delle Terapie Intensive.

Pazienti da assistere in O.B.I.

Possono accedere all'O.B.I. pazienti afferiti al P.S. per prestazioni in urgenza non differibili, con quadri clinici di media intensità e/o complessità, per i quali è probabile l'inquadramento clinico con l'ausilio di metodiche strumentali e laboratoristiche disponibili e/o una rapida stabilizzazione clinica mediante procedure terapeutiche – assistenziali praticabili in O.B.I., con previsione di durata del percorso ospedaliero superiore a 6 ore ma inferiore a 24 ore, e che rispondano a criteri di appropriatezza generica (indipendente dalla diagnosi) e specifica (legata alla diagnosi).

a) Criteri di APPROPRIATEZZA GENERICA

per ciascun paziente trattato devono essere rispettati almeno 2 tra i seguenti criteri di appropriatezza generica (diagnosi-indipendente):

- almeno **2 visite mediche** registrate in cartella (criterio obbligatorio);
e almeno 1 tra i seguenti criteri:
- necessità di terapia ev o ossigenoterapia per un problema acuto con successiva valutazione degli effetti della terapia;
- necessità di monitoraggio di almeno 1 fra i seguenti parametri (almeno 3 rilievi successivi in cartella): Pressione Arteriosa, Frequenza Respiratoria, Frequenza Cardiaca, Glasgow Coma Scale, Saturazione O₂, diuresi, alimentazione;
- necessità di sedazione per procedura diagnostica o terapeutica.

Al fine di una complessiva valutazione di appropriatezza dei ricoveri in OBI, almeno il 75% dei pazienti ricoverati dovrebbe essere dimesso entro le 24 ore.

b) Criteri di APPROPRIATEZZA SPECIFICA (per patologia e gravità)

Possono accedere all'O.B.I., nel rispetto dei criteri di appropriatezza generica già definiti, pazienti giunti al P.S. che rientrino nelle condizioni di seguito elencate:

- Valutazione diagnostica :
 - Dolore toracico
 - Trauma cranico lieve in corso di sincope o lipotimia
 - Sincope con obiettività clinica negativa all'ingresso
 - Intossicazione da farmaci a breve emivita con stabilità clinica
 - Cefalea con obiettività neurologica negativa all'ingresso
 - Dispnea con parametri clinici di stabilità
 - Dolore Addominale.
 - Febbre.
 - Disidratazione con lievi disturbi elettrolitici.
 - Anemia (emotrasfusione).
 - Sindrome vertiginosa.
 - Epistassi.
- Terapia di breve durata :
 - Terapia antalgica
 - Reazione allergiche
 - Crisi d'asma
 - Crisi ipertensive
 - Inizio terapie anticonvulsivanti
 - Trattamento di aritmie ipercinetiche sopraventricolari
 - Crisi iperglicemiche o ipoglicemiche lievi
 - Complicanze lievi da scompenso cardiaco
- Problemi psico – sociali:
 - Etilismo acuto
 - Stato ansioso depressivo
 - Disagio terza età

O.B.I. pediatrica: le patologie di rilevanza pediatrica sottoindicate sono da considerarsi integrative di quelle previste per gli adulti.

- Gastroenterite con disidratazione di grado medio: pazienti >1 anno con vomito e/o diarrea e/o febbre e grado di disidratazione lieve-medio (3 – 9%) che necessitino di reidratazione. I sintomi di gastroenterite devono essere tali da far prevedere la possibilità di dimettere il paziente e proseguire la terapia a domicilio.
- Bronchiolite: pazienti di età >1 anno, con sintomi di gravità lieve-media, con dimostrazione di controllo della sintomatologia con terapia aerosolica; esclusione di complicanze bronco-polmonari.
- Laringite acuta con dispnea: pazienti di età >1 anno, con diagnosi clinica di laringite acuta in atto (esclusione di epiglottite o di ostruzioni delle vie aeree da altre patologie acute in atto), con dispnea di gravità media ed anamnesi negativa per malformazioni alle vie aeree e/o precedenti intubazioni
- Convulsioni febbrili: pazienti di età >1 anno, al primo episodio di C.F. semplice non complicata e non prolungata, dopo l'eventuale controllo della crisi (se ancora in atto all'arrivo in PS), e l'iniziale esclusione clinica di infezioni acute di tipo meningo-encefalitico.
- Esposizione a sostanze tossiche:
 - pazienti asintomatici esposti o con alta probabilità di esposizione a sostanza a basso o medio rischio di tossicità con emivita < 24 ore
 - pazienti sintomatici con sintomi di bassa o media entità esposti a sostanza a basso o medio rischio di tossicità con emivita < 24 ore

La lista rappresenta le principali patologie che potrebbero essere adeguatamente ed appropriatamente trattate in O.B.I., ma non esclude che anche altri tipi di casi possano essere trattenuti in osservazione.

STANDARD ORGANIZZATIVI DELL'O.B.I.

1. Gli ospedali di 2° e 3° livello dell'emergenza dovrebbero avere 4 PL/25.000 accessi+1 posto aggiuntivo ogni ulteriori 6-8.000 accessi.
2. Almeno il 50% dei posti deve essere monitorato, tutte le postazioni devono essere dotate di ossigeno e vuoto, devono essere disponibili le tecnologie necessarie alla Ventilazione Polmonare Non Invasiva (NIV) e allo screening diagnostico strumentale (Ecografia, Elettrocardiogramma, Emo Gas Analisi).
3. E' necessaria una cartella dedicata che raccolga tutta la documentazione clinica del paziente ricoverato e che seguirà lo stesso in caso di trasferimento presso altri reparti.
4. L'attività di O.B.I. può essere espletata sia in locali adiacenti l'Unità Operativa di P.S., che presso la Medicina d'Urgenza o altre UO (quali la Pediatria e la Ostetricia e Ginecologia), qualora effettuino attività di accettazione in emergenza-urgenza. L'esigenza di allocare le attività di O.B.I. in spazi idonei è finalizzata alla necessità di rispettare al meglio la privacy dell'utente e decongestionare "da barelle" il Pronto Soccorso e le U.O. di degenza.
5. La durata minima dell'osservazione deve essere superiore a 6 ore, mentre la durata massima deve essere inferiore alle 24 ore. Se eccede è opportuno provvedere al ricovero ospedaliero ordinario urgente. In questo caso la tariffa del DRG comprende le prestazioni erogate in O.B.I. che saranno rendicontate solo a fini statistici.
6. Il **personale dedicato** deve essere proporzionale alle dimensioni della struttura intendendo per dimensione il numero di posti operanti. Per la struttura minima di base (4 posti letto) è richiesta *come standard minimo* la presenza di 1 infermiere professionale sulle 24 ore ed almeno 1 medico sulle 12 ore in orario diurno. L'attività assistenziale si avvale dello stesso personale medico afferente al DIE.

L'attività è rilevata nell'ambito del File C "Specialistica ambulatoriale", individuando uno o più codici specifici. Il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali dovrà prevedere l'inserimento per le strutture ospedaliere pubbliche della prestazione "Osservazione Breve Intensiva". Nell'ambito del tracciato regionale NSIS EMUR-PS dovrà essere previsto uno specifico campo dedicato, indicante se, dopo l'accesso al Pronto Soccorso, il paziente è assistito in OBI. Il monitoraggio analitico sui casi che, dopo l'OBI, accedono al ricovero ospedaliero avviene attraverso la compilazione della SDO, con indicazione, nel campo "Tipo di ricovero", di un valore specifico "osservazione breve".

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE E MECCANISMO DI FINANZIAMENTO

Le esperienze acquisite hanno dimostrato che il ricorso all'O.B.I. consente un migliore utilizzo dei posti letto per acuti, una maggiore sicurezza nelle dimissioni precoci e un notevole risparmio dei costi di gestione dei pazienti acuti, contribuisce all'incremento della sicurezza e dell'efficacia delle attività di P.S. per il personale che vi opera, per i pazienti e per la struttura erogante, e garantisce un miglioramento della qualità delle cure. Tale miglioramento deve tradursi in una corrispondente riduzione dei ricoveri ordinari e della relativa inappropriatezza.

Dall'analisi dei costi effettuata in diverse Regioni di una struttura standard di O.B.I. si evince che la tariffa deve essere tale da:

1. coprire i costi stimati dell' O.B.I. per una occupazione di 2,5 osservazioni brevi al giorno per ogni posto letto;
2. subire un abbattimento proporzionale al crescere del numero di osservazioni brevi giornaliere superiore a 2,5.

La tariffa individuata per il periodo sperimentale dell' O.B.I. è di 280 € ad accesso fino ad una rotazione di 2,5 osservazioni al giorno per posto letto. Un numero di accessi superiore a 2,5 per giorno per posto determina un abbattimento del 40% della tariffa.



Regione Campania – Linee di indirizzo per l'organizzazione del triage ospedaliero.

INTRODUZIONE: Il concetto di triage, così come modernamente lo intendiamo, risulta essere una acquisizione mutuata dalla medicina militare del XVII secolo, epoca in cui, per la prima volta, veniva individuata la necessità di stabilire delle **priorità d'intervento** nella gestione dei feriti sul campo di battaglia al fine di contenere le perdite.

Numerosi e differenti sono i modelli di triage nell'esperienza dei diversi paesi che hanno già messo in atto un programma di integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera.

Punto chiave condiviso è la ricerca, nel "triage", di una **funzione di governo** del sempre maggior affollamento dell'emergenza ospedaliera da ottenere stabilendo **priorità di accesso** dell'utente, atte al mantenimento e alla salvaguardia dell'efficienza e dell'efficacia dell'intero sistema per quello che sono i suoi compiti istituzionali.

Al fine di raggiungere una standardizzazione della procedura, nell'organizzazione e, in particolare, nell'operatività dei DEA, in Italia è stata prodotta una specifica legislazione sul tema (D.L. 502/1992 e successive modifiche, riordino della disciplina in materia sanitaria –DPR 27/3/92, atto di indirizzo e coordinamento delle regioni per determinare i livelli di assistenza sanitaria di emergenza). In particolare l'Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 specifica alla voce "funzione di triage" quanto segue: *"all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio"*

Successivamente con l'accordo Stato - Regioni del 25/10/2001 sono state approvate le linee guida sul "trriage" intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso.

Pertanto l'attività di triage di Pronto Soccorso è considerata **obbligatoria** ("deve essere prevista") e consiste in un primo momento di "accoglienza e valutazione dei pazienti" che deve avere luogo all'interno di "protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio". La competenza a effettuare l'attività di triage spetta al personale infermieristico che deve essere "adeguatamente formato".

OBIETTIVI DEL TRIAGE:

L'aumento progressivo del numero di pazienti che si rivolgono al pronto soccorso (PS) ha determinato negli anni un sovraffollamento degli stessi con lunghi tempi di attesa.

Le cause possono essere molteplici (ricorso crescente allo specialista piuttosto che al medico di medicina generale, lunghe liste d'attesa degli ambulatori specialistici, aumento della popolazione straniera non inserita nel SSN, minor numero di posti letto negli ospedali e prevalentemente solo per acuti, trasformazione dei PS da luogo di smistamento a luogo di stabilizzazione e cura).

Da queste considerazioni generali si intuisce come si è reso indispensabile introdurre uno strumento che permetta di regolare gli accessi del PS non in base all'ordine di arrivo ma in base alla gravità. E proprio questa è la funzione del Triage: determinare un codice di gravità per ogni paziente che accede al PS non per ridurre i tempi di attesa ma per redistribuirli in favore di chi è più grave.

L'organizzazione del circuito dell'emergenza che, per definizione, si fonda su una naturale incongruità tra la costanza delle risorse disponibili, consistenti o esigue che siano, e la estrema variabilità nel tempo della richiesta da soddisfare in termini di tipologia e numero di prestazioni, rende ragione del tentativo di individuare **"le priorità assistenziali"** con l'utilizzo del triage.

L'obiettivo del triage è, quindi, di fornire una risposta congrua a tutte le tipologie di criticità che contemporaneamente si presentano nel DEA, consentendo d'intervenire per livelli d'intensità di cura, non potendo ipotizzare in alcun modo che un sistema di questo tipo possa evadere contemporaneamente in maniera adeguata tutte le richieste.

Il processo decisionale insito nel concetto di triage ha inizio al momento stesso dell'accesso del paziente al DEA, risolvendo già in avvio ed individuando tempestivamente quelle che sono le problematiche di basso profilo, dando comunque indistintamente a tutti gli utenti l'idea che le procedure assistenziali sono state avviate nel momento stesso dell'arrivo nel dipartimento d'urgenza.

La valutazione della qualità dell'assistenza e il raggiungimento degli obiettivi insiti nel concetto stesso di triage potrà essere effettuata a mezzo della consultazione dell'apposita **scheda di triage** che viene compilata di volta in volta dagli infermieri triagisti.

Obiettivi imprescindibili di un triage efficace saranno quindi i seguenti:

- Rapida valutazione di tutti gli utenti che necessitano di cure immediate, garantendone il tempestivo avvio del trattamento;
- Attribuzione di un codice di priorità che definisca l'accesso alle cure mediche in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- Assistenza tempestiva e appropriata a tutti i pazienti tenuto conto del livello di criticità;
- Redistribuzione dei tempi di attesa e rapido smistamento dei casi non urgenti;
- Sorveglianza e rivalutazione periodica di tutti i pazienti triagati in attesa;
- Fornire ai pazienti e ai familiari informazioni pertinenti e comprensibili.

MODELLI ORGANIZZATIVI: Numerose variabili si rendono responsabili dell'esistenza di differenti modelli organizzativi applicati al triage nel tentativo di rispondere alle esigenze di realtà assistenziali che si diversificano tra loro principalmente per dimensione delle strutture e bacino di utenza.

In accordo con le altre realtà internazionali, si ritiene indispensabile la funzione di Triage 24 h su 24 esclusivamente nei presidi che superino i 25.000 accessi/anno e che rivestono un elevato livello di complessità strutturale e funzionale. Tra i fattori condizionanti rientrano a pieno titolo le caratteristiche logistiche dei luoghi dedicati e l'esistenza di un organico medico dedicato che sia in stretto contatto con gli infermieri triagisti.

Di fondamentale importanza, infatti, per la buona riuscita della "**funzione del triage**", risulta essere il fattore **risorse umane**. La qualità, da raggiungere con percorsi di formazione continua, e la quantità dell' organico dedicato al triage va costantemente rivalutata con audit interni per verificare se le forze in campo sono sufficienti allo scopo.

Tra i modelli di triage ospedalieri attualmente in uso si ritiene di promuovere i seguenti, da adottare secondo le caratteristiche e le capacità organizzative dei singoli PS:

- ❖ **Triage globale o clinico:** Sicuramente il modello di triage di più **ampio respiro** che consente già nella fase di valutazione del paziente di acquisire un gran numero di informazioni che orienteranno in maniera più corretta il successivo iter diagnostico-terapeutico da attuare. Applicabile esclusivamente in realtà di **grandi dimensioni** con una organizzazione **avanzata del sistema dell'urgenza**. Richiede la presenza di una **sala visita dedicata** con idonea strumentazione e di almeno **due infermieri triagisti**. In questo caso sarà possibile l'approfondimento anamnestico, una raccolta completa dei parametri vitali e, soprattutto, l'esecuzione di esami supplementari di base tipici dell'urgenza (saturazione, ECG, glicemia al reflettometro). Questo modello di triage consente di dirimere in maniera più attendibile i livelli di priorità fondandosi su indagini più circostanziate e riduce il rischio di incorrere in errori di sovra o sottostima del codice di priorità. Rimane un modello di scarsa applicabilità nella maggioranza dei PS italiani.
- ❖ **Triage di bancone:** Più usato sul territorio nazionale in considerazione del fatto che non richiede ambienti dedicati e risorse umane ingenti non essendo un vero e proprio triage clinico. Sarà necessaria sicuramente per la sua realizzazione la predisposizione di un "**bancone all'ingresso**" del PS che funga da **filtro** per l'intera utenza sia deambulante che barellata. Indispensabile a tal proposito la presenza di **segnaletica adeguata** onde evitare perdite di tempo soprattutto in casi di pazienti critici. Al bancone l'infermiere dedicato alla funzione di triage provvederà all'identificazione e registrazione del paziente seguita dal rilievo dei parametri vitali, dall'indagine anamnestica focalizzata sul sintomo principale e sul livello di sofferenza. Sulla scorta delle informazioni così ottenute verrà formulato un **giudizio di gravità** e attribuito un rispettivo codice di priorità. Non saranno possibili, data l'assenza di una struttura dedicata, l'ulteriore approfondimento dell'esame clinico e soprattutto l'utilizzo di strumentazione standard dell'urgenza (ECG-glucotrend-etc.) che consentirebbero di orientare in maniera più dettagliata i processi decisionali.
- ❖ **Triage difasico:** Adatto per **realtà estremamente complesse** per dimensioni e organizzazione del DEA. Di ausilio per la gestione dei **grandi numeri** in quanto si articola su due momenti distinti, sia temporalmente che logisticamente, all'interno dell'area critica. Si configura quindi la necessità di **due postazioni**. Una prima postazione all'ingresso dove, identificato e registrato il paziente, si effettua una prima valutazione di massima e si attribuisce una **codifica provvisoria** che mira esclusivamente a distinguere le condizioni di emergenza da quelle di non urgenza e a indirizzare all'area specifica di trattamento nell'ambito del PS. E' prevista a questo punto una **seconda valutazione** più approfondita nella quale l'infermiere di triage dedicato, dopo opportuno approfondimento di tipo clinico e primo inquadramento diagnostico, provvederà all'assegnazione del **codice definitivo**.

Non esiste al momento un modello di triage da riconoscere universalmente superiore agli altri. Questo va sempre adattato alle singole realtà nelle quali ci si trova ad operare, tenendo conto, in ogni circostanza, dei limiti ambientali e funzionali precedentemente individuati.

E' altrettanto ovvio che le esigenze saranno differenti soprattutto in considerazione delle dimensioni delle strutture coinvolte, della loro complessità organizzativa e, non ultimo, dei costi sostenibili per la codifica della funzione di triage.

SCHEDA DI TRIAGE

L'attività di triage, svolta da professionisti sanitari, è basata su un processo decisionale articolato in 4 fasi (**valutazione sulla porta, raccolta dati, decisione di triage, rivalutazione**) teso all'identificazione di un bisogno assistenziale, alla determinazione della sua priorità ed alla pianificazione di interventi infermieristici necessari. È quindi indispensabile che le Aziende sanitarie predispongano uno strumento per la registrazione di tale attività a sostegno documentale delle prestazioni effettuate. Questo prezioso supporto dovrà essere informatizzato e rispondere alle caratteristiche previste dal **Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza urgenza"**, pubblicato nella G.U. n. 9 del 13 gennaio 2009, per quanto attiene al tracciato "Pronto Soccorso".

Documentare le informazioni raccolte e le azioni intraprese non è solo una responsabilità deontologica, ma anche giuridica e diviene ancora più importante quando le informazioni raccolte e rilevate sono parte di un processo che porta ad una decisione (codice di priorità) che identifica precisamente il percorso e i tempi assistenziali intrapresi per ogni paziente.

L'obbligatorietà giuridica della compilazione della scheda di triage deriva dagli obblighi che ha ogni professionista sanitario di documentare tutte le azioni compiute durante il proprio operato. L'obbligatorietà è tanto più incisiva quanto più l'operato professionale contribuisce a determinare la quantità e la qualità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Le finalità della scheda di triage sono quindi:

1. Indicare il problema di salute per cui la persona afferisce al Pronto Soccorso
2. Elencare le prestazioni sanitarie erogate
3. Indicare la scelta compiuta, ovvero il codice di priorità assegnato alla persona alla visita medica

Gli obiettivi quindi che tale scheda deve raggiungere sono:

1. Comunicare in modo soddisfacente all'equipe di trattamento tutte le informazioni essenziali e necessarie
2. Sostenere ed avallare la decisione presa dal professionista (assegnazione del codice di priorità alla visita medica)
3. Essere conforme alle disposizioni normative

INFERMIERE DI TRIAGE:

Qualunque sia la strategia procedurale adottata, appare evidente che la formazione specifica del personale è requisito indispensabile per attuare un Triage efficace. Le indicazioni normative sottolineano l'esigenza di sostenere il cambiamento organizzativo derivante dall'inserimento delle metodiche di Triage per l'accettazione dell'utente in DEA, con un'adeguata ed indispensabile azione formativa attivata dalle **Aziende Sanitarie**. Pur non specificando nel dettaglio il tipo di formazione da garantire, i riferimenti normativi individuano i compiti dell'infermiere di Triage fornendo un efficace punto di partenza per la costruzione di un percorso formativo orientato all'acquisizione di competenze professionali.

Il processo di formazione deve prevedere:

1. Laurea in infermieristica o titolo equipollente
2. Esperienza minima di almeno sei mesi in Pronto Soccorso
3. Formazione continua attraverso la rotazione periodica nelle varie aree di PS
4. Capacità decisionale
5. Training in Basic Life Support
6. Capacità di utilizzare il processo di assistenza nel Triage
7. Conoscenza delle tecniche relazionali
8. Nozioni di informatica

Tale formazione si acquisisce attraverso:

1. Partecipazione a corsi di formazione
2. Visite documentative e partecipazione a convegni sul Triage
3. Iniziative di formazione continua a supporto della fase di addestramento (gruppo di lavoro interno)

PROTOCOLLI

Per facilitare il Triage, il PS deve essere munito dei mezzi necessari per rispondere ai seguenti obiettivi:

- definire le politiche in vigore nell'Azienda
- definire i protocolli da rispettare
- determinare e descrivere i compiti dell'infermiere di Triage
- indicare le gerarchie e le responsabilità
- permettere la valutazione del Triage

Esaminata la situazione ed accertato che il caso presentato corrisponde a quanto descritto, la soluzione da adottare deve essere sempre la stessa (quella prevista dal protocollo). L'infermiere procede secondo le modalità operative indicate evitando, di fronte a situazione ambigue, l'adozione di decisioni fondate su criteri esclusivamente soggettivi. Le linee guida per il sistema urgenza-emergenza, emanate nel 1996 dal Ministero della Sanità in applicazione al DPR 27 marzo 1992, considerano in un apposito paragrafo le "funzioni di Triage". Si legge testualmente che **"all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di Triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale Infermieristico (...) che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio"**. L'attività di Triage di Pronto Soccorso è quindi regolata dalla presenza di protocolli operativi basati su evidenze scientifiche (EBM), condivisi dalla comunità professionale, rispondenti alla più aggiornata letteratura scientifica in materia, al passo con le più moderne *legis artis* del settore e, per quanto stabilito dalla legge, approvati dal responsabile del Servizio. La letteratura scientifica che si è occupata dell'argomento ha specificato che sono condizioni indispensabili dei protocolli *"la correttezza, l'applicabilità, la chiarezza e la trasparenza, la condivisibilità e la flessibilità, ovvero la mutabilità nel tempo in funzione dell'aggiornamento e delle conoscenze scientifiche"*.

Pertanto all'interno delle Aziende Sanitarie devono essere definiti adeguati protocolli di valutazione. Questi andranno formalmente adottati e periodicamente aggiornati e applicati in modo adeguato e "personalizzato".

L'infermiere, come del resto qualsiasi professionista, risponde in sede penale, civile e disciplinare:

- Compete all'infermiere l'attivazione di processi per il cambiamento dei protocolli in base all'esperienza maturata.
- L'infermiere risponde della corretta applicazione dei protocolli e di questa attività risponde secondo gli usuali canoni della responsabilità colposa per negligenza, imperizia e imprudenza.
- L'infermiere risponde della sottostima nell'assegnazione dei codici di gravità, in relazione all'accaduto.

VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA'

La valutazione delle attività costituisce, all'interno dell'Azienda, un momento fondamentale per verificare l'efficienza del sistema Triage. Essa deve far emergere gli aspetti positivi da potenziare, gli aspetti negativi da correggere, stabilire il bisogno di formazione e di sviluppo professionale degli infermieri. Il compito della valutazione è affidata al Responsabile del PS.

INDIRIZZI OPERATIVI

La Regione Campania ha recentemente approvato il **Decreto del Commissario ad acta n.49** del 27 settembre 2010, pubblicato sul B.U.R.C. n. 65 del 28 settembre 2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche ed integrazioni". All'interno di tale atto uno specifico capitolo è stato dedicato alla "Rimodulazione del sistema e della rete dell'emergenza – urgenza". In questo capitolo è previsto che **"Ad ogni livello, il triage sarà lo strumento di valutazione della tipologia e della priorità di intervento"**.

Da una recente indagine effettuata dal Settore Assistenza Ospedaliera risulta che circa il 45% delle strutture ospedaliere con più di 25.000 accessi di PS/anno in Campania (39% delle strutture totali) non ha attivato il triage e tra queste il 41% non ha informatizzato la funzione.

Tenuto conto quindi delle risultanze dell'attuazione di quanto programmato attraverso il suddetto Decreto Commissariale n.49 del 27 settembre 2010 è necessario procedere alla immediata attivazione della funzione di triage in tutti i presidi attualmente dotati di Pronto Soccorso per i quali non ne è prevista la chiusura nei prossimi due anni; in tali presidi l'Azienda dovrà attivarne la immediata informatizzazione con il recepimento del Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza urgenza", pubblicato nella G.U. n. 9 del 13 gennaio 2009, per quanto attiene al tracciato "Pronto Soccorso", garantendone la compatibilità con il sistema regionale di acquisizione di tali dati.

Ogni Azienda dovrà garantire una dotazione di risorse strutturali, tecnologiche ed umane adeguata, in grado di garantire lo svolgimento di una attività di Triage conforme a quanto previsto a livello nazionale e regionale, tenendo presente che è necessario prevedere almeno una figura infermieristica dedicata H24 al di sopra dei

svolgono attività di triage siano almeno due nelle ore di maggior afflusso, dei quali un infermiere nelle 24 ore presente nell'area triage. Nel caso di passaggi superiori ai 60.000 accessi al PS/anno, per consentire, oltre la rivalutazione dei pazienti in attesa di visita medica, gli infermieri H24 devono essere almeno due.

L'area di attività di triage deve garantire la privacy dell'utente e le necessarie condizioni di sicurezza (presenza di un addetto alla portineria o sistemi di sorveglianza attiva e/o passiva) per garantire lo svolgimento dell'attività di valutazione.

Ogni Pronto Soccorso deve sviluppare uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di triage, garantendo il rispetto dei criteri regionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine si dovrà prevedere l'attivazione di gruppi multiprofessionali (medici ed infermieri esperti), che collaborano con i responsabili medici ed infermieristici del servizio nel verificare il proprio sistema di triage, elaborare e implementare strategie di miglioramento.

Le attività di triage devono essere integrate con i servizi territoriali mediante report mensili inviati ai Medici di Medicina Generale.

Nell'applicazione di tali norme e atti le Azienda devono tener conto dei seguenti criteri:

1. strutturali

- area triage sia per pazienti deambulanti che barellati di almeno 30 mq ed annessa area di valutazione;
- area post- triage: il D.P.R. 14 gennaio 1997, G.U. 20 febbraio 1997 prevede un locale attesa utenti deambulanti ed un locale attesa utenti barellati.
- sala d'attesa per gli accompagnatori.

Si raccomanda che i locali d'attesa del Pronto Soccorso siano realizzati in modo da poter essere sorvegliati. Infatti, per le grandi strutture, è auspicabile un infermiere specificatamente addetto a sorvegliare la sala d'attesa, assicurare i pazienti non ancora visitati, vigilare sulla potenziale evoluzione in aggravamento dei disturbi precedentemente segnalati in sede di triage.

È necessario che da questa sala d'attesa siano rapidamente accessibili i servizi igienici, sia funzionante un punto acqua e vi siano cabine telefoniche.

La postazione triage dovrebbe essere informatizzata per ridurre il materiale cartaceo, per la rintracciabilità del percorso del paziente e la possibilità di recuperare dati per il miglioramento delle prestazioni.

2. Formazione del personale

requisiti di base per gli infermieri che svolgono attività di triage:

- a) curriculum (diploma IP; almeno 1 anno di servizio in PS; corsi BLSD, ALS, trauma)
- b) formazione specifica attraverso corsi certificati ed esperienza sul campo con tutor.
- c) Caratteristiche personali (motivazione, capacità comunicativa, autocontrollo, ecc.).

3. standard organizzativi.

- protocolli operativi e procedurali per tutte le attività clinico/assistenziali svolte dagli infermieri di triage
- strumenti per la verifica della attività.