



Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



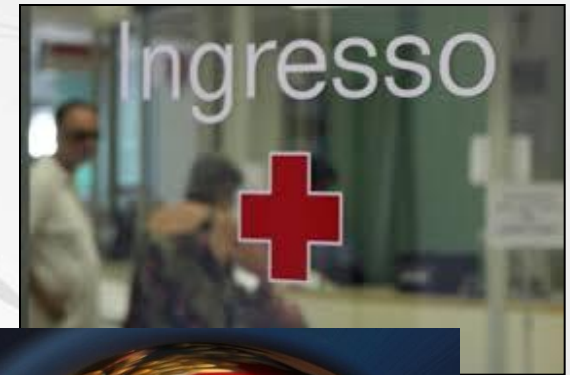
Regione  
Lombardia

## IL QUINTO CODICE DI TRIAGE: UN PROGETTO PILOTA

# L'EMERGENZA URGENZA IN ITALIA

Nel nostro paese ci sono

- ☐ 844 Pronto Soccorso
- ☐ 12 mila Medici
- ☐ 25 mila Infermieri
  
- ☐ 24 milioni accessi/anno
- ☐ 15 % Codici Bianchi
- ☐ 66 % Codici Verdi



SIMEU (Società Italiana Medicina Emergenza –Urgenza)



# LE RAGIONI DELLA DOMANDA

- ❑ Bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o percepite come tali
- ❑ Convinzione dei cittadini di ottenere un inquadramento clinico-terapeutico in brevi tempi
- ❑ Ruolo di “rete di sicurezza” nei confronti di categorie socialmente deboli
- ❑ Miglioramento delle cure con aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da pluripatologie che, con sempre maggior frequenza, necessitano dell'intervento del sistema emergenza / urgenza
- ❑ Prevalenza del modello di salute tecnologico centrato sull'ospedale rispetto al modello preventivo – territoriale basato sulla medicina di base

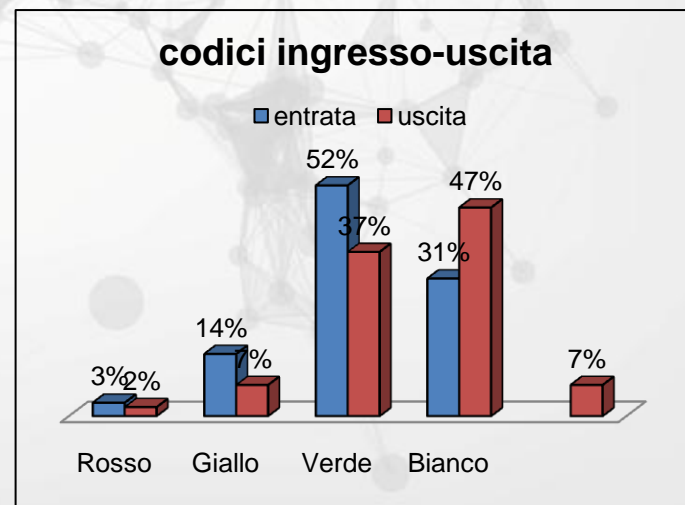
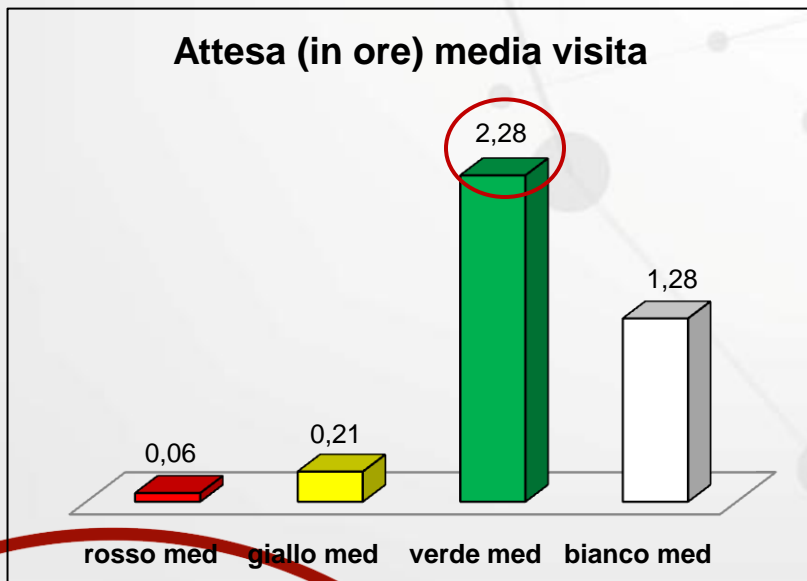
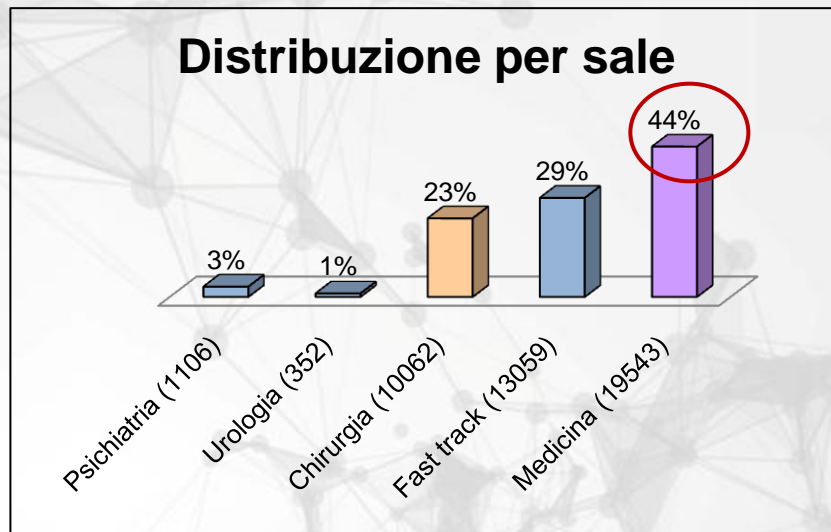
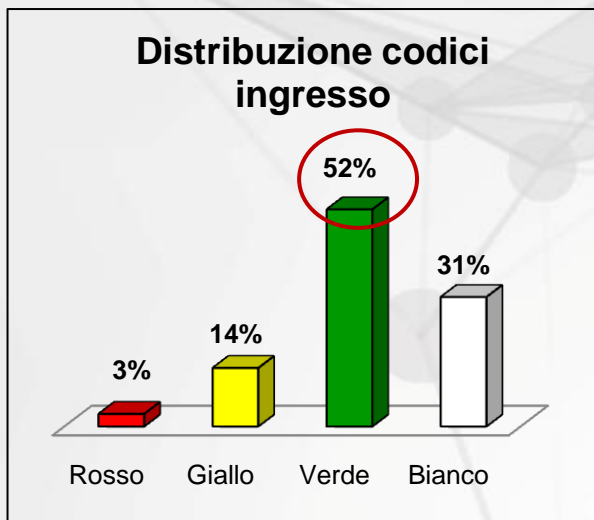


# EFFETTI DEL SOVRAFFOLLAMENTO

- ❑ Abbandono delle cure e aumento dei tempi di permanenza in ospedale
- ❑ Il 50% degli eventi sentinella che producono anche la morte del paziente si verifica nei dipartimenti di emergenza e di questi almeno 1/3 è collegato al sovraffollamento (Joint Commission. Sentinel Event Alert, June 17, 2002);
- ❑ Se la permanenza nei DEA/PS supera le sei ore prima del ricovero in Terapia intensiva, la mortalità passa da 8,4% a 10,7% così come aumenta la durata media del ricovero in terapia intensiva da 6 a 7 giorni
- ❑ Le persone che sostano in barella 8-12 ore rimangono in ospedale mediamente una giornata in più rispetto a quelli che accedono immediatamente ai reparti ordinari (D Liew, D Liew, MP Kennedy. Emergency Department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. Med J Aust 2003); 179(10):524-526
- ❑ Ritardo nella somministrazione di antidolorifici in paz con dolore acuto e ritardo nella somministrazione di antibiotico terapia (C. Deiana, The effects of Emergency Department Crowding, Advanced Emergency Nursing Journal, January-March 2011)



# FLUSSI PRONTO SOCCORSO dal 01-01 al 30.09.2016



# DATI DI FLUSSO E DI ESITO

Esito dal 01.01.2016 al 30.09.2016	Conteggio	%
Allontanatosi dopo della visita	1056	2,3
Allontanatosi prima della visita	3172	7,1
Deceduto	139	0,3
Dimesso	32879	74,5
Ricovero esterno	426	0,96
Ricovero interno	5586	12,6
Rifiuta osservazione/ricovero	799	1,8
Ritorna altro ospedale o altro reparto	65	1,4
<b>Totale</b>	<b>44122</b>	<b>100</b>

<b>Tasso di abbandono del PS</b>								
	2013		2014		2015		2016 (gen-sett)	
	n.	%		%	n.	%	n.	%
<b>prima della visita</b>	3771	7,1	3713	6,76	3046	6,16	3172	7,18
<b>dopo la visita</b>	1192	2,2	1236	2,25	1266	2,29	1056	2,39

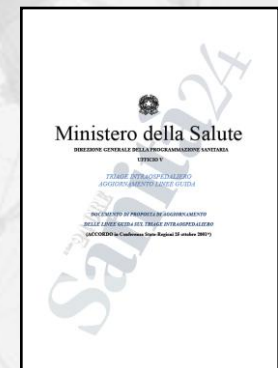
# PROGETTO DI MIGLIORAMENTO : SCOPO

- ❑ Adeguare la modalità organizzativa affinché ogni bisogno di salute riceva la risposta più appropriata, senza inutili sprechi, perdite di tempo prezioso e sovrapposizioni
- ❑ Uniformare il sistema alle principali evidenze scientifiche internazionali che propongono l'adozione di un sistema di codifica a 5 livelli di priorità
- ❑ Tutelare la sicurezza di pazienti e operatori
- ❑ Migliorare la qualità delle cure

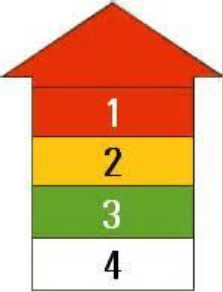


# MATERIALE E METODI

- Revisione della letteratura
- Identificazione di modalità e criteri di analisi
- Studio Retrospectivo
  - Campione di 511 schede di utenti. Sono state analizzati tutti gli accessi con codice verde
  - Identificazione dei codici di priorità 4 e 5 secondo i criteri illustrati su Monitor 29 (pag 45 e seg.)
  - Settimana dall' 01/07/2016 al 08/07/2016
- Sperimentazione







# NORMATIVA E PROPOSTE

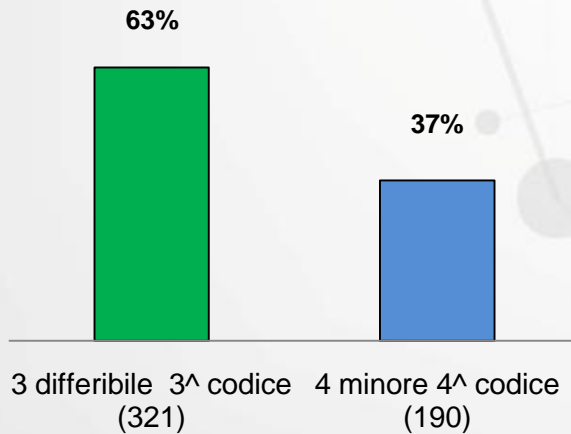
Codice	Denominazione	Definizione	Tempo max d'attesa	Rivalutazione
ROSSO	EMERGENZA	Assenza o compromissione di una o più funzioni vitali Condizione stabile con presenza rischio evolutivo in grado di causare una rapida alterazione delle funzioni vitali	Nessuno, accesso diretto	Nessuna
GIALLO	URGENZA	Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	attivazione del percorso assistenziale entro 15 min	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
VERDE	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	Attivazione del percorso assistenziale entro 60 min	ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione, a giudizio dell'infermiere di triage, a richiesta del paziente o una volta trascorso il tempo di attesa max raccomandato.
	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici	Attivazione del percorso assistenziale entro 120 min	Le valutazioni devono essere ciclicamente ripetute per tutta la durata dell'attesa
BIANCO	NON URGENZA	problema non urgente o di minima rilevanza clinica	attivazione del percorso entro 240 min	

# RISULTATI

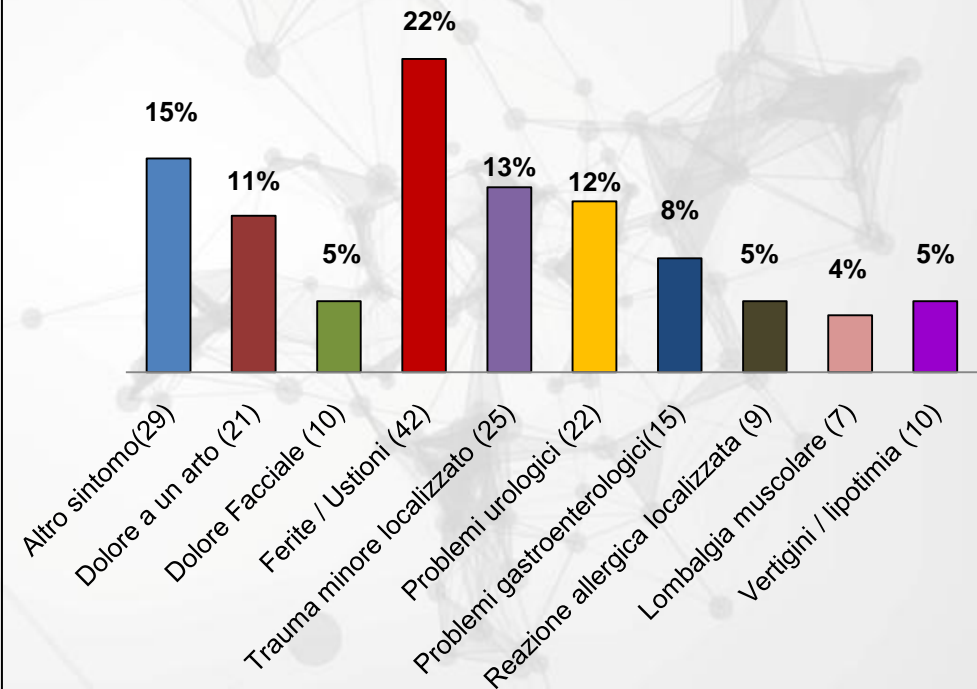
Analisi:

- Motivo di presentazione
- Sintomo principale
- Prestazioni effettuate
- Esito

## Distribuzione codici

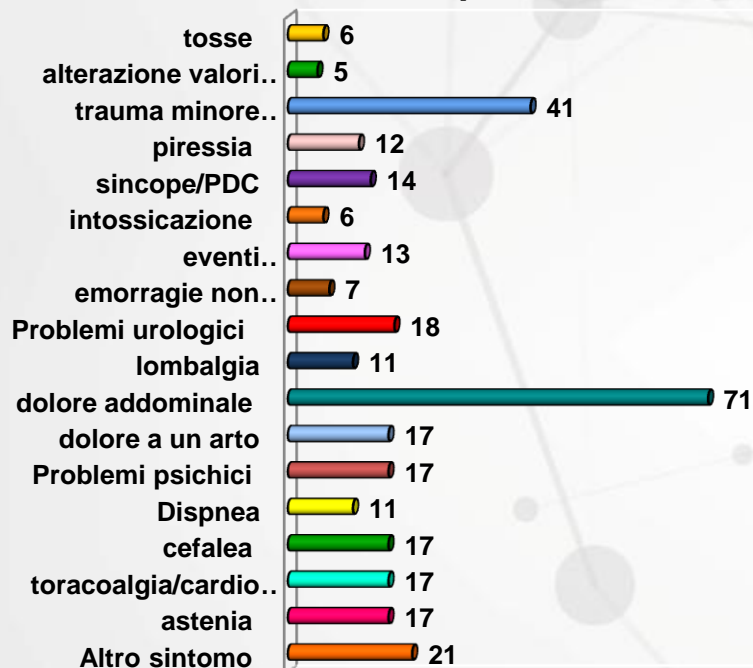


## 4<sup>a</sup> codice : sintomo principale

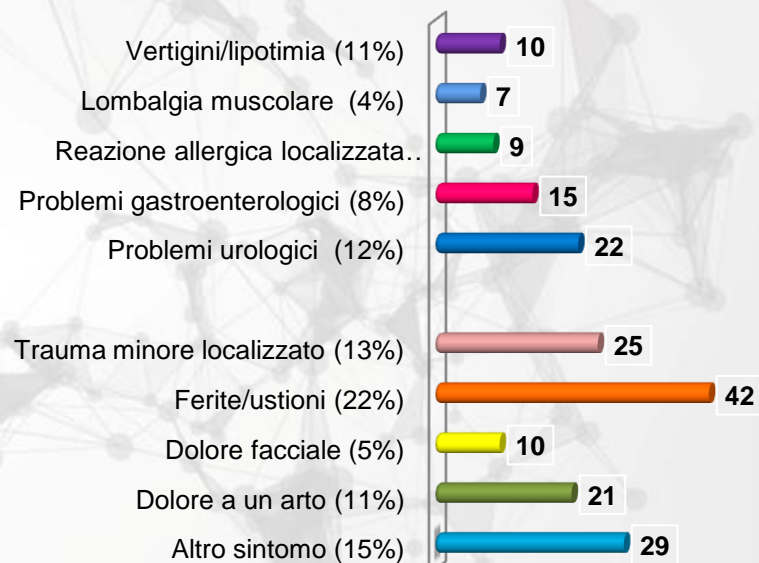


# RISULTATI

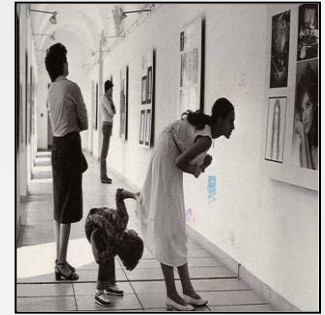
## 3^ codice: sintomo di presentazione



## 4^ codice: sintomo principale



# CONCLUSIONI



- Non eventi sentinella
- Differenziazione intensità di cura
- Presa in carico tempestiva dei pazienti con rischio evolutivo e sintomatologia ingravescente
- Non determinante livello di dipendenza e modalità di arrivo
  
- Incremento tempi di attesa per urgenza minore
- Rivalutazione sistematica
- Rispetto criteri inclusione/inclusione
  
- Necessaria ulteriore sperimentazione
- Aggiornamento sistema informatico e flussi informativi
- Governance e monitoraggio puntuale

**Normativa  
in corso di  
definizione**



**Tutti pensano che una cosa sia impossibile, finché arriva uno che non lo sa e ci riesce ...**

**A. Einstein**