



ORIGINALE

COPIA

IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 1236 del 09/10/2017

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.l.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(Firma del proponente)

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno:

- 9 OTT. 2017

ai sensi dell'art.124 c.1 L.vo 267/2000, per giorni 15

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine*

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :

n. del
n. del
n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

**OGGETTO: PROCEDURA
PREVENZIONE MORTE O GRAVE
DANNO CONSEGUENTE A NON
CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL
CODICE DI TRIAGE NEL PRONTO
SOCCORSO (Raccomandazione n. 15
del Ministero della Salute)
ADOZIONE.**

Il presente provvedimento è reso immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

PROPOSTA DI DELIBERA

Oggetto: PROCEDURA PREVENZIONE MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI TRIAGE NEL PRONTO SOCCORSO (Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute) ADOZIONE.

Il Dott. Lucio Visconti in qualità di Direttore dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico ed il Dott. Silvio D'Agostino Responsabile U.O. Pronto Soccorso P.O. Ariano I.

PREMESSO che:

- La ASL di Avellino ha attivato diverse iniziative di gestione del rischio clinico e tra queste la implementazione delle Raccomandazioni predisposte dal Ministero della Salute per il miglioramento della sicurezza dei pazienti; implementazione che rientra, tra l'altro, tra gli adempimenti LEA;
- Il Ministero della Salute ha emanato dal 2005 ad oggi n. 17 Raccomandazioni e tra queste la n. 15, dal titolo: "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso";

VISTI:

- *Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ... si impegnano a promuovere presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali ...;*
- *Decreto 11 dicembre 2009, G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010. Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES);*
- *Piano Sanitario Regionale 2011-2013: 9.2 Clinical Governance e Sicurezza delle cure. La sicurezza dei pazienti è una delle fondamentali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Obiettivi di un programma aziendale sono:
... Monitorare l'applicazione operativa delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la riduzione degli errori e dei rischi di errori e garantire un feedback informativo ...;*
- *D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n. 189 art. 3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari", Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella;*
- *Programmi Operativi 2013-2015 in prosieguo del Piano di rientro DCA n. 82 del 5/07/2013 Programma 18: Sicurezza e Rischio Clinico.
Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.;*
- *Patto della Salute 2014-2016. Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e Tavolo per la verifica degli adempimenti – Tra gli adempimenti che vengono sottoposti a verifica c'è la adozione formale e successiva implementazione dei documenti ministeriali (Raccomandazioni ministeriali, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist, ecc.);*
- *Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. GU n. 127 del 4.6.2015. 5. Standard generali di qualità. 5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I livello. Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di*

sistemi o attività di Gestione del rischio clinico - Sistema di segnalazione degli eventi avversi ...;

- Legge di stabilità 2016 – 28 dicembre 2015 n. 208

ART. 1, comma 538 La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente;

- Decreto Commissario ad Acta Regione Campania n. 14 del 01.03.2017: “Programmi Operativi 2016-2018. Approvazione”, intervento 14.4 – Rischio clinico e sicurezza dei pazienti – Rif. Adempimenti LEA: lett.as) Questionario LEA. Azione 14.4.1 – Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali. Tra gli obiettivi: Implementazione da parte delle Aziende Sanitarie di almeno 12 Raccomandazioni rispetto alle 17 emanate dal Ministero della Salute, da parte di almeno l'80% del totale delle Aziende Sanitarie della Regione;

- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;

CONSIDERATO:

Che l'implementazione e il monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali sono vincolanti ai fini della valutazione positiva degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale della ASL nell'ambito dei LEA per il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti;

RITENUTO:

- Essenziale recepire e implementare nell'intera ASL le 17 Raccomandazioni Ministeriali, assicurandone la conoscenza e l'applicazione da parte di tutti gli operatori sanitari tramite trasmissione e comunicazione a tutti i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti e delle Unità Operative sanitarie complesse e semplici dipartimentali attraverso il sito istituzionale dell'Azienda;
- Rendere le Raccomandazioni facilmente reperibili da parte di tutti gli operatori sanitari con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione dedicata al Rischio Clinico;

VISTO:

- la nota prot. n. 0868037 del 19/12/2014 della G. R. C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si ribadisce, tra l'altro, che “*Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi sentinella sono documenti utili, indiscutibilmente, per il perseguimento dell'obiettivo aziendale della prevenzione, del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure*”;
- la deliberazione aziendale n. 607 del 23.04.2015, ad oggetto: “DCA n. 105/2014: linea progettuale 16.1 “Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management – Piano di lavoro – avvio attività – presa atto”, con la quale si prende atto del piano di lavoro relativo alla realizzazione nell'ambito dei Presidi Ospedalieri Aziendali della linea progettuale 16.1 e che prevede, tra gli obiettivi specifici la “Diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi avversi”, tra le azioni a farsi: l'adozione delle Raccomandazioni Ministeriali ed il monitoraggio delle Raccomandazioni implementate;
- la nota prot. n. 0693421 del 15/10/2015 e la nota prot. n. 0235421 del 06/04/2016 della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si invitano le Aziende sanitarie ed ospedaliere, in adempimento a quanto richiesto dal Ministero della Salute al tavolo LEA, ad adottare, contestualizzandole opportunamente, le Raccomandazioni ministeriali per la prevenzione/riduzione del rischio clinico;
- Le note della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. n. 298101 del 26.04.2017 ad oggetto “Raccomandazioni ministeriali prevenzione “eventi sentinella” – Apertura monitoraggio 2017 su piattaforma web

AgeNaS", prot. n. 437864 del 23.06.2017, ad oggetto: "adempimenti LEA – Rischio Clinico e sicurezza dei Pazienti, lett. AS" e prot. n. 444600 del 28.06.2017, ad oggetto: "Adempimenti D.M. 11.12.2009 (SIMES), Flusso informativo anno 2016";

VISTO altresì:

- Che con delibera aziendale n. 1463 del 20.11.2015, viene adottato il Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti – individuati i gruppi di lavoro – i Coordinatori di ciascun gruppo, come appresso specificati:
Raccomandazione n. 15: Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso – Resp. U.O. Pronto Soccorso P.O. Ariano I.;
- Che con nota prot. nr. 20/QA dell'11.01.2016, ad oggetto: "Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti", trasmessa ai coordinatori dei gruppi di lavoro per l'attuazione del percorso di recepimento aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti, si comunica agli stessi la obbligatorietà dell'adozione ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione/riduzione del rischio clinico, richieste dal Ministero della Salute al tavolo LEA e quindi obiettivo delle Direzioni Generali Aziendali;
- Che in data 27 aprile 2016 il Responsabile della U.O. Pronto Soccorso del P.O. di Ariano I., individuato dal succitato atto deliberativo n. 1463/2015 quale coordinatore del gruppo di lavoro appositamente istituito, invia al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, via mail, la procedura elaborata e dal titolo: "Procedura prevenzione morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage nel Pronto soccorso";
- Che in data 6 maggio 2016 il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico propone ulteriori miglioramenti alla procedura ricevuta con mail del 27 aprile 2016;
- Che in data 19 ottobre 2016 il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico invia, via mail, la procedura relativa alla Raccomandazione ministeriale n. 15 dal titolo: "Prevenzione morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage nel Pronto soccorso", elaborata dal Responsabile U.O. Pronto Soccorso del P.O. di Ariano I., ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico ed ai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri invitandoli a comunicare, stesso mezzo, eventuali integrazioni/osservazioni;
- Che in data 2 e 3 maggio 2017, nota prot. n. 277 QA, si trasmette nuovamente la procedura di che trattasi al Responsabile U.O. Pronto Soccorso del P.O. di Ariano I., con l'invito ad effettuare una ulteriore revisione e condivisione nell'ambito del gruppo di lavoro istituito con la delibera 1463/16;
- Che in data 5 giugno 2017 il Responsabile del Pronto soccorso del P.O. di Ariano I. invia la procedura di che trattasi, ulteriormente revisionata, al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, chiedendo allo stesso di inviare la procedura anche agli altri componenti del gruppo di lavoro; tale trasmissione agli altri componenti del gruppo di lavoro individuati con delibera n. 1463/2015, oltre che ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico ed ai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri, avviene puntualmente in data 13 giugno 2017, chiedendo di condividere e/o proporre integrazioni da far pervenire allo scrivente;
- Che a fronte della informativa/comunicazione fatta ai vari operatori interessati, non è pervenuta alcuna richiesta di modifica o integrazione alla "Procedura Prevenzione morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage nel Pronto soccorso";

RITENUTO pertanto:

Di adottare, nelle more di una nuova riorganizzazione aziendale, la "Procedura Prevenzione morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage nel Pronto soccorso" Rev. Giugno 2017 pag. 19 di 19, procedura che è rivolta al personale sanitario dei Pronto Soccorso e riguarda tutti i cittadini che accedono ai Pronto Soccorso Aziendali ed è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità e che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO CHE:

- Tutta la documentazione originale a supporto del presente atto è depositata e custodita presso l'U.O.C. proponente;

DICHIARATA la regolarità giuridico amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità; Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

L'adozione del presente provvedimento e, nello specifico:

1. L'adozione della **PROCEDURA PREVENZIONE MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI TRIAGE NEL PRONTO SOCCORSO (Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute) Rev. Giugno 2017 pag. 19 di 19, che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;**

Direttore U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico

Dott. Lucio Visconti

Responsabile U.O. Pronto Soccorso P.O. Ariano I.

Dott. Silvio D'Agostino.

IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino, Dott.ssa Maria Morgante, nominato con D.G.R.C. n. 427 del 27/07/2016 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.179 del 01/08/2016, coadiuvato dal Direttore Amministrativo dr. Ferdinando Memoli e dal Direttore Sanitario dott.ssa Emilia Anna Vozzella ha adottato la seguente delibera:

Vista

la suesposta proposta del Direttore dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e del Responsabile U.O. Pronto Soccorso del P.O. di Ariano I. avente ad oggetto: **PROCEDURA PREVENZIONE MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI TRIAGE NEL PRONTO SOCCORSO (Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute) ADOZIONE.**

Preso atto

- Dell'espressa dichiarazione di regolarità giuridico amministrativa resa dal Direttore dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e dal Responsabile dell'U.O. Pronto Soccorso P.O. Ariano I., a seguito della istruttoria dagli stessi effettuata e come dagli stessi attestato ed articolato;
- Di tutto quanto riportato nella proposta di delibera;

Ritenuto

Di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e dal Responsabile dell'U.O. Pronto Soccorso del P.O. di Ariano I. e sulla scorta ed in conformità della stessa;

Con i pareri favorevoli resi, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento;

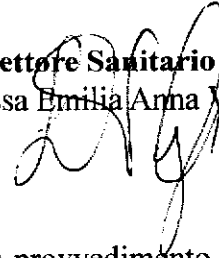
Il Direttore Amministrativo

Dr. Ferdinando Memoli



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emilia Anna Nozzella



DELIBERA

- di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell'U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e dal Responsabile dell'U.O. Pronto Soccorso del P.O. di Ariano I. e sulla scorta ed in conformità della stessa:
- di adottare la Procedura Aziendale per la prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage nel Pronto soccorso che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
- di disporre che la procedura sia pubblicata sul sito web istituzionale, sezione Gestione Rischio Clinico, a cura del Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico, in maniera tale che ne sia data comunicazione a tutti i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, e delle Unità Operative sanitarie complesse e semplici dipartimentali;
- di incaricare il Direttore della UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico ed i Responsabili dei Pronto soccorso aziendali di monitorare semestralmente l'implementazione e l'osservanza della Raccomandazione Ministeriale da parte dell'intero personale sanitario;
- di stabilire che la procedura de quo è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità, valutate dai Responsabili dei Pronto soccorso aziendali, dai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e dal Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico; comunque e di norma va fatta una revisione con cadenza almeno biennale;
- di dare mandato allo stesso Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico di organizzare – di concerto con il Responsabile della UOSD Formazione ed i Responsabili dei Pronto soccorso aziendali, specifici eventi formativi affinché tutti gli operatori sanitari coinvolti mantengano le appropriate conoscenze e abilità secondo i diversi profili professionali;
- di inviare la presente deliberazione ai sensi della normativa vigente al Collegio Sindacale, ai Direttori Sanitari dei tre Presidi Ospedalieri, al Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico che provvederà a darne comunicazione ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, attraverso la pubblicazione della procedura nella sezione dedicata del sito istituzionale dell'Azienda ed alla GRC Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale con invio a mezzo mail;

Il Direttore Generale

Dr.ssa Maria Morgante





P.O. "Sant' Ottone Frangipane
U.O. Pronto Soccorso ed Astanteria
Responsabile Dr. Silvio d'Agostino
Tel. 0825/877209 – Fax 0825/877209
e-mail: sdagostino@aslavellino.it

PROCEDURA PREVENZIONE MORTE O GRAVE DANNO
CONSEQUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI
TRIAGE NEL PRONTO SOCCORSO

Redazione: dott. Silvio d'Agostino

Gruppo di lavoro:

Costituito con atto deliberativo n. 1463 del 20.11.2015

VERIFICA: Direttori Sanitari PP.OO. e Referente Aziendale
Gestione Rischio Clinico

AUTORIZZAZIONE: Direttore Generale ASL e Direttore Sanitario
Aziendale

INDICE

Gruppo di lavoro	pag. 1
Introduzione.....	...pag. 3
Obiettivo.....	pag. 4
Matrice delle Responsabilità.....	...pag. 5
Protocolli e Procedure.....	...pag. 6
Codice di priorità.....	...pag. 7
Rivalutazionepag. 9
Formazione del personale.....	...pag. 9
Ambito logistico-strutturale.....	...pag. 10
Eventi sentinella.....	... pag. 10
Valutazione processo di triage.....	...pag. 11
Indicatori di triage.....	...pag. 12
Monitoraggio attività di triage.....	...pag. 12
Conclusioni.....	...pag.13
Allegato 1	pag. 14
Allegato 2	pag. 15
Allegato 3	pag. 16
Allegato 4.....	pag. 17
Allegato 5	pag. 18
Allegato 6	pag. 19

INTRODUZIONE

Il termine “trriage” deriva dal francese trier che significa “scegliere, selezionare” e caratterizza il metodo attraverso cui si effettua la scelta e l’assegnazione di priorità assistenziali a coloro che si trovano in un’area critica, sia intesa come zona in cui si è verificato un disastro o una calamità, sia come area di accoglienza in Pronto Soccorso. In ambito ospedaliero si intende come un processo mediante il quale l’ordine di accesso dei pazienti alle sale visita in Pronto Soccorso viene regolato in base alle priorità assegnate, attraverso specifici criteri di valutazione e non in base all’ordine di arrivo.

Secondo il riferimento normativo in materia di triage contenuto nell’atto di intesa Stato-Regioni, in applicazione al DPR 27/03/1992 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n°114 del 17/05/1996, “all’interno del 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.”

Obiettivi del Triage:

- Riduzione del rischio di ritardo nell’intervento sul paziente urgente.
- Ridistribuzione delle priorità degli utenti del P.S. con l’attribuzione di un codice corretto.
- Sistematizzazione delle procedure di accoglienza e di smistamento dei pazienti.

I pazienti a cui è stato assegnato un **codice sottostimato** rispetto alla condizione clinica ed al rischio evolutivo, possono andare incontro alla morte o subire un danno severo a causa del mancato o ritardato intervento medico o se viene inviato ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato.

La Raccomandazione Ministeriale in oggetto n° 15 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage nella Centrale Operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso”, sottolinea come il triage consista in un processo dinamico, volto a garantire ai pazienti la qualità di cure più appropriate alle

loro necessità, in relazione alla migliore utilizzazione possibile delle risorse disponibili.

OBIETTIVO

Lo scopo è quello di implementare la Raccomandazione Ministeriale n° 15 attraverso:

- Predisposizione e adozione di protocolli e/o procedure per la corretta attività di triage e, quindi, per l'identificazione certa del paziente e per l'idonea attribuzione del codice per i pazienti che richiedono un intervento del 118 o che accedono al Pronto Soccorso.
- Formazione specifica e addestramento del personale infermieristico dedicato all'attività di triage.
- Adozione di adeguate soluzioni organizzative, strutturali e logistiche dell'area di triage e della sala di attesa.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- Ridurre al minimo possibile il ritardo nell'intervento sul paziente urgente e attribuire a tutti i pazienti un codice di priorità che gradui l'accesso alle cure mediche in relazione alla potenziale gravità e urgenza.
- Regolare il flusso dei pazienti e mantenere l'efficienza complessiva della struttura del Pronto soccorso

La procedura coinvolge tutto il personale sanitario che opera in Pronto Soccorso o come Responsabile diretto o con la funzione di collaborazione e si applica a tutti i pazienti.

<u>Matrice delle Responsabilità</u>							
R: Responsabile azione							
C: Collaboratore							
<u>Attori</u>	<u>Elaborazione</u>	<u>Verifica</u>	<u>Approvazione</u>	<u>Applic.</u>	<u>Controllo</u>	<u>Criticità</u>	<u>Revisione</u>
Gruppo	R						R
Resp. U.O.		R			R		
Coord. UO				C	R	R	C
Operatori	C			R		R	
Dir. San.			R				

Nello specifico:

Infermiere Professionale di triage:

- È il diretto responsabile (R) della conduzione del processo di triage e dell'applicazione dei protocolli.
- Collabora (C) alla stesura e all'aggiornamento dei protocolli di triage, evidenziando eventuali criticità emerse nella loro applicazione.

Coordinatore infermieristico:

- Contribuisce (C) a favorire condizioni organizzative adeguate.
- Provvede ad effettuare gli affiancamenti del nuovo personale, adeguatamente formato, e la turnazione dedicata.
- Collabora (C) alla stesura, applicazione e revisione dei protocolli.

Dirigenti Medici:

- Sono responsabili (R) della formulazione dei protocolli, verificando validità scientifica, adeguatezza ed applicabilità.

PROTOCOLLI / PROCEDURE (allegato 1-2)

Le procedure ed i protocolli adottati sono stati preventivamente concordati con tutto il personale, fornendo documentazione scritta e dopo aver organizzato specifico corso di formazione approvato dalla ASL.

1 Unità infermieristica è dedicata esclusivamente al triage nella fascia oraria 8-20 e deve applicare le seguenti procedure:

- Accoglienza dei pazienti e dei familiari con atteggiamento cortese, empatico e rassicurante.
- Rapida valutazione dell'aspetto generale del paziente ("valutazione sulla porta").
- Corretta compilazione scheda anagrafica e clinica di triage.
- Anamnesi, rilevazione dei parametri vitali e breve esame fisico.
- Valutazione dolore attraverso applicazione Scala analogico-visiva (VAS) (ALLEGATO 4).
- Attribuzione del codice colore in base ai protocolli prestabiliti.
- Indirizzare il paziente verso le sale tecniche per iniziare il percorso assistenziale previsto in relazione al codice.
- Rivalutazione periodica, secondo tempistica prefissata, dei pazienti in attesa, per conferma o modifica del codice.
- Monitoraggio pazienti che si allontanano dal PS prima della visita e/o in corso di iter diagnostico-terapeutico.

- Adeguata e periodica informazione ed istruzione ai pazienti in attesa e/o ai loro accompagnatori.
- Gestione della Sala di attesa.
- Rispetto ed osservanza, in tutte le fasi del triage, delle norme sulla privacy.
- Comunicazione con la Centrale Operativa del 118 e raccolta scheda cartacea compilata dall'equipaggio del 118.
- Custodia della documentazione clinica cartacea e dei referti al Drappello di Polizia.
- Compilazione modulistica ticket previsto per i Codici Bianchi.

I concetti espressi rientrano pienamente nel modello di triage definito "globale".

Il processo di triage così articolato richiede al massimo 5 minuti.

DEFINIZIONE DEL CODICE DI PRIORITA' (allegato 3)

I Codici di gravità sono univoci e condivisi a livello nazionale e regionale. La Legislazione italiana prevede 4 livelli di priorità, come riportato nella G.U. n. 285 del 7/12/2001, in relazione alla sintomatologia, al quadro clinico e, in particolar modo, alle funzioni vitali: stato di coscienza, attività cardiaca e respiratoria.

CODICE ROSSO: Pericolo di vita imminente con compromissione di almeno una delle tre funzioni vitali.

Accesso immediato

CODICE GIALLO: Potenziale pericolo di compromissione di almeno una delle funzioni Vitali -

Accesso entro 10-15 minuti

Rivalutazione ogni 15 minuti

CODICE VERDE: Nessuna alterazione delle funzioni vitali -

Accesso entro 60-120 minuti min. (Dopo i codici rossi e gialli)

Rivalutazione: ogni 30-60 minuti

CODICE BIANCO: Prestazioni sanitarie che non rivestono alcun carattere di urgenza e che dovrebbero seguire percorsi extra ospedalieri

Accesso: dopo i codici rossi, gialli e verdi

Rivalutazione: a richiesta

Pagamento Ticket

Stiamo valutando la possibilità di ampliare, come applicato in altre realtà, la gamma dei codici colore, introducendo percorsi differenziati, codificati con colori diversi, al fine di ridurre i tempi di attesa, come ad esempio il Codice Argento per anziani e disabili o il Codice Rosa per eventuali situazioni di violenza sulle donne.

Si ricorda che già sono implementati percorsi rapidi (fast track) per la Pediatria, la Ginecologia, la Psichiatria, l'Ortopedia e, quando disponibile, l'Oculistica.

Sono stati redatti inoltre degli algoritmi relativi all'assegnazione dei codici per le patologie più frequenti in Pronto Soccorso (dolore toracico, sincope, trauma cranico, ecc.); nell'allegato 6 si riporta come esempio algoritmo del dolore toracico. I principali algoritmi saranno presentati in un prossimo corso formativo in programmazione.

Siamo inoltre in attesa di valutare, come recentemente proposto a livello nazionale, la possibilità di sostituire eventualmente i codici colore con dei codici numerici da 1 a 5 in base alla gravità clinica.

Per tutte le procedure adottate è prevista una revisione almeno annuale.

RIVALUTAZIONE (allegato 2-3)

Il quadro clinico dei pazienti in attesa di visita medica può modificarsi. Pertanto la rivalutazione fa parte integrante del processo di triage e tempistica e frequenza sono correlate al codice colore assegnato, come specificato nel paragrafo precedente e nell'allegato n° 2.

La rivalutazione garantisce il paziente e l'operatore, in quanto permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale che potrebbero comportare una modifica del codice di priorità assegnato. Inoltre consente di rassicurare il paziente e/o i familiari dando la percezione di una presa in carico continuativa, permettendo di gestire con maggiore tranquillità i tempi di attesa.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Sono previsti periodici corsi di formazione specifici che analizzano non solo l'aspetto strettamente professionale, ma anche quello psicoemotivo, al fine di preparare gli operatori alla gestione dello stress lavorativo e relazionale (burnout) al fine di garantire un'efficace comunicazione con pazienti ed accompagnatori, con particolare riguardo alle situazioni di conflittualità/aggressività, alla multiculturalità ed alla fragilità specifica di alcune categorie.

Dal punto di vista tecnico-professionale viene richiesta esperienza lavorativa di almeno 6 mesi in Pronto Soccorso, conoscenza delle procedure del sistema organizzativo del servizio, corsi di addestramento nel supporto vitale di base.

Gli operatori di triage neoassunti, o dislocati ex novo nei PS, oltre alla formazione prevista dalla normativa vigente, devono essere affiancati per un periodo di almeno 6 mesi da personale esperto (tutor).

In ogni caso, la formazione del personale deve essere sempre ispirata al rispetto di quel processo di “umanizzazione delle cure” che rappresenta il modello comportamentale in tutte le fasi del triage e non solo.

Tutte le procedure di triage sono soggette a verifiche periodiche, monitorando eventuali eventi sentinella-avversi-near miss, attraverso audit clinici specifici.

AMBITO LOGISTICO-STRUTTURALE

Le aree di triage sono chiaramente identificabili per tutti coloro che accedono al Pronto Soccorso, con un controllo completo dei pazienti barellati e non, della camera calda e dei pazienti in attesa di visita, o a vista o con l’ausilio di un sistema di telecamere.

Sarebbe auspicabile avere a disposizione aree dedicate anche in fase di post-triage, sia per l’attesa dei pazienti che per garantire il dovuto rispetto della privacy.

EVENTI SENTINELLA

L’evento sentinella (morte o grave danno per errata attribuzione di codice di priorità) deve essere segnalato alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria secondo il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute.

In caso di evento che ha provocato morte o grave danno deve essere compilata (flusso obbligatorio da Decreto SIMES) la scheda A del Ministero della Salute e trasmessa al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico che provvede a sua volta a trasmetterla in Regione. Entro i 45 giorni successivi alla scheda A, il Referente Gestione Rischio Clinico attiva un gruppo di Audit per compilare la scheda B del Ministero, per l’analisi delle cause profonde e dei fattori concomitanti e per la definizione dei conseguenti piani di miglioramento.

In caso di evento che non ha provocato morte o grave danno (quasi evento o near miss) la segnalazione è volontaria ma fortemente raccomandata e va fatta con la

scheda di Incident Reporting, sempre da trasmettere al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico.

Schede Ministeriali e scheda di Incident Reporting sono pubblicate sul sito istituzionale dell'Azienda sezione "Gestione Rischio Clinico", o reperibili presso le Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri.

VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI TRIAGE

Valutare la qualità delle prestazioni erogate è un passaggio fondamentale per individuare criticità e percorsi di miglioramento delle procedure adottate.

I controlli di qualità più significativi che si possono effettuare per verificare i livelli di efficacia (qualità dell'intervento) e di efficienza (rapporto tra risorse utilizzate e risultati ottenuti) del modello organizzativo di triage adottato riguardano i seguenti criteri:

- Congruenza tra linee guida di riferimento validate e codici di priorità assegnati.
- % di sovra/sottostima.
- Tempi di attesa dall'accesso del paziente alla presa in carico del triagista.
- Tempi medi di attesa per la visita medica, differenziati per codice.
- Analisi del livello di soddisfazione dei pazienti (qualità percepita).
- Monitoraggio reclami pervenuti.

Per monitorare questi fenomeni bisogna trasformarli in indicatori misurabili numericamente che devono fare riferimento ad uno standard o valore soglia preventivamente stabilito. Lo scarto eventuale tra il valore dell'indicatore monitorato e lo standard di riferimento indica il livello di qualità del fenomeno misurato.

Nelle tabelle seguenti si sintetizzano gli indicatori di qualità adottati:

INDICATORI DI TRIAGE

<u>REQUISITO PRODOTTO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>MODALITA' CONTROLLO</u>
Accuratezza assegnazione codice colore giallo	N° codici gialli sul tot assegnati	< 25%	Ricerca trimestrale random su 3 giornate
Accuratezza Triage rispetto alla diagnosi di PS	valutazioni non congrue codice giallo assegnato	< 25%	Ricerca trimestrale random su 3 giornate
Accuratezza assegnazione codice (sovra/sottostima)	N° codici errati / N° accessi	< = 5%	Ricerca trimestrale random su 1 giornata

MONITORAGGIO OBIETTIVI DI TRIAGE

<u>REQUISITO PRODOTTO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>MODALITA' CONTROLLO</u>
Tempestività Triage codici Gialli	Tempo attesa < 10-15 min.	> = 75%	Ricerca trimestrale su sistema informatico
Fornire risposte tempestive informatico	N° codici bianchi in attesa > 120 min.	< = 10 %	Ricerca trimestrale su sistema
Servizio che soddisfa le esigenze dell'utenza	N° Codici Verdi che si allontanano prima della visita	< 1%	Ricerca trimestrale su sistema informatico
Servizio umano e buona immagine	Numero reclami	< 0,1%	Report semestrale URP / Dir San

Tutti i valori numerici sono in percentuale sul numero totale degli accessi per codice.

Annualmente si provvederà a compilare un report dei dati ottenuti che sarà oggetto di audit clinico per discutere sulle criticità ed adottare le relative correzioni.

CONCLUSIONI

L'Infermiere Professionale rappresenta la figura centrale di tutto il processo di triage. Oltre a specifiche competenze professionali, deve creare un'empatia con i pazienti e/o gli accompagnatori con disponibilità al dialogo, alla comunicazione, rappresentando il punto iniziale di un processo di umanizzazione che deve accompagnare tutto il percorso del paziente in ospedale.

L'attribuzione del codice di gravità è il risultato finale di un processo di valutazione e raccolta dati, frutto di una formazione e di un'esperienza specifica nel settore, e l'adozione di protocolli concordati e condivisi.

La corretta applicazione di tali procedure riduce al minimo i rischi di errore nell'attribuzione del codice di gravità, in ottemperanza alla Delibera Ministeriale n° 15 in oggetto.

Si allegano:

ALLEGATO 1: SCHEMA RIASSUNTIVO PROCEDURA DI TRIAGE

ALLEGATO 2: DESCRIZIONE DELLE AZIONI

ALLEGATO 3: CODICI COLORE E TEMPI DI RIVALUTAZIONE

ALLEGATO 4: SCALA DI GLASGOW E SCALA VAS

ALLEGATO 5: PARAMETRI VITALI E CODICE COLORE

ALLEGATO 6: DOLORE TORACICO E CODICE

ALLEGATO 1

PUNTO 1	Osservare il paziente – Valutazione visiva.	VALUTAZIONE SULLA PORTA
PUNTO 2	Determinare il sintomo principale e attuare la prima valutazione.	RACCOLTA DATI Valutazione oggettiva Definizione del problema o formulazione delle ipotesi.
PUNTO 3	Attuare la valutazione finalizzata al sintomo principale, ottenere i dati soggettivi relativi alle condizioni presenti, completare la valutazione oggettiva.	Valutazione oggettiva
PUNTO 4	Considerare il peggiore quadro possibile, formulare ipotesi e raccogliere dati per restringere il campo delle possibilità. Considerare le condizioni presenti, le possibili complicanze, il flusso di pazienti e le risorse disponibili.	Conferma, smentita o migliore definizione del sintomo principale e confermare il sintomo principale.
PUNTO 5	Assegnare il codice di priorità.	DECISIONE DI TRIAGE
PUNTO 6	Rivalutare e riassegnare il codice di priorità se necessario	RIVALUTAZIONE

ALLEGATO 2**DESCRIZIONE DELLE AZIONI**

<p><u>Situazione: A</u> Codifica dei pazienti che arrivano con mezzi di soccorso.</p>	
<p>1 . Presa in carico del paziente: osservazione con valutazione visiva.</p>	<p>Ciò permette di rilevare condizioni pericolose per la vita del paziente (Codice Rosso per cui il paziente entra immediatamente in sala visita).</p>
<p>2 . Trasferimento del paziente dall'ausilio dei mezzi di soccorso all'ausilio appropriato del pronto soccorso.</p>	<p>Ciò permette di ottimizzare l'utilizzo degli ausili a disposizione in rapporto alle necessità dello stato di salute del paziente.</p>
<p>3 . Espletamento procedura amministrativa quando possibile dietro presentazione del documento di riconoscimento.</p>	<p>Ciò garantisce il corretto inserimento dei dati anagrafici acquisiti.</p>
<p>4 . Valutazione soggettiva: Intervista al paziente o ad eventuali accompagnatori o personale del pronto soccorso.</p>	<p>Permette di determinare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sintomo principale ➤ Evento presente ➤ Dolore ➤ Sintomi associati ➤ Anamnesi
<p>5 . Valutazione oggettiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rilevazione parametri vitali ➤ Ricerca specifica di informazioni che possono derivare da un esame localizzato sul distretto corporeo interessato, dal sintomo principale 	<p>Permette di confermare o smentire, attraverso la rilevazione dei dati obiettivi, l'ipotesi che si è posti con l'individuazione del sintomo principale.</p>
<p>6 . Assegnazione del codice di priorità.</p>	<p>Attribuzione del codice per dare una priorità di accesso alla visita.</p>
<p>7 . Informare sul codice colore assegnato.</p>	<p>Ciò mette il paziente al corrente del codice di priorità attribuito.</p>
<p>8 . Informare la persona assistita sui tempi d'attesa presunti.</p>	<p>Ciò garantisce una corretta informazione all'utenza sui tempi d'attesa per ridurre l'ansia del paziente e lo stress dell'infermiere deputato al triage.</p>
<p>9 . Rivalutazione ad intervalli predefiniti o in relazione al codice di priorità assegnato (vedi allegato 2), e/o relativamente alle condizioni di salute o alla patologia presente.</p>	<p>Mantiene un adeguato codice di priorità ai pazienti in attesa.</p>

ALLEGATO 3

Per i codici di priorità si utilizzano i codici colore perché più immediati, meglio comprensibili e visibilmente efficaci.

CODICE ROSSO (EMERGENZA)

Assegnato ai pazienti in pericolo di vita, in cui vi è la compromissione di una delle tre funzioni vitali (respiro, circolo, coscienza).

L'accesso in sala visita è immediata!!!

CODICE GIALLO (URGENZA)

Viene assegnato ai pazienti in potenziale pericolo di vita per cui vi è possibile il cedimento di una delle funzioni vitali.

E' necessaria una rivalutazione del paziente dopo 15 minuti

L'accesso in sala visita è intorno ai 20 minuti

CODICE VERDE

I pazienti che hanno bisogno di una prestazione medica differibile, ossia non presentano compromissione dei parametri vitali. L'accesso alle sale visita avviene dopo i codici rossi e gialli.

E' necessaria una rivalutazione ogni 60 minuti.

Il tempo d'attesa è di 60-120 minuti

CODICE BIANCO

I pazienti richiedono prestazioni sanitarie per cui sono previsti percorsi extra ospedalieri (medico di famiglia, ambulatori specialistici, consultori etc.).

E' necessaria una rivalutazione a richiesta.

L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi.

ALLEGATO 4**GLASGOW COMA SCALE (GCS)**

A. Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Assente	1
B. Risposta verbale	Orientata e appropriata	5
	Confusa	4
	Parole inappropriate	3
	Parole incomprensibili	2
	Assente	1
C. Risposta Motoria	Obbedisce al comando	6
	Localizza il dolore	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette in risposta al dolore	3
	Estende in risposta al dolore	2
	Assente	

SCALA DI GRAVITA' DEL DOLORE

Durata in ore			
36	I livello	I livello	I livello
6	I livello	II livello	II livello
0	I livello	II livello	III livello
	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10 entità

ALLEGATO 5**PARAMETRI ALTERATI NEL CODICE ROSSO NELL'ADULTO**

PAS	< 90 mmHg o > 250mmHg
PAD	>130 mmHg
Fc	<40b/m o 160b/m
Fr	<10 atti/min. o 34 atti/min.
GCS	<12
SpO2	<86%
Tc	<35°

PARAMETRI ALTERATI NEL CODICE GIALLO NELL'ADULTO

PAS	>180mmHg e < 250 mmHg
PAD	>120mmHg e <130 mmHg
FC	>40 e <60b/m >110 e < 160b/m e/o aritmia
FR	25 – 33 atti/min
GCS	12-14
SpO2	86 – 90%
Tc	<35.5 e >39.5
Scala del dolore	Grado >3

PARAMETRI ALTERATI NEL CODICE VERDE NELL'ADULTO

PAS	90 – 180 mmHg
PAD	<120mmHg
FC	60 – 110 b/m
FR	10 – 24 atti/m
GCS	15
SpO2	>90 o <99%
Tc	>35.5° e < 39.5 °

ALLEGATO 6

DOLORE TORACICO TIPICO

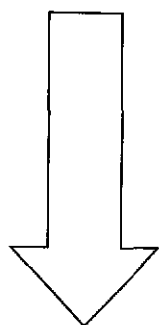
DEFINIZIONE: dolore oppressivo precordiale con irradiazione al giugulo, dalla spalla sinistra alla mandibola, associata a sudorazione algida.

E' sempre GIALLO per definizione

Rosso se associato a:

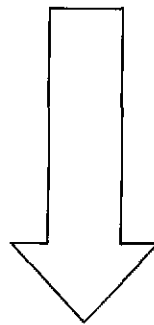
- Dispnea con FR < 10 o > 30
- Sat. O₂ $< 86\%$ in AA
- Segni di shock Pas < 90
- Bradi/tachicardia con FR < 40 o $> 150/\text{min.}$

SI



ROSSO

NO



GIALLO

Esecutiva in data _____

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. 2095 *del* - 9 OTT. 2017

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine*

[Handwritten Signature]