



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Recepimento Accordo Stato Regioni del 01/08/2019: "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso". (Rep. Atti n. 143/CSR) – Linee di indirizzo regionali

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla P.F. "Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca", dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO necessario, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio, che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all' art. 16 bis della Legge Regionale 15 ottobre 2001, n. 20, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della P.F. "Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca" e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

D E L I B E R A

1. di recepire l'Accordo Stato Regioni del 01/08/2019 recante: "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" (Rep. Atti n. 143/CSR);
2. di approvare le Linee di indirizzo regionali per l'implementazione dell'Accordo Stato-Regioni del 01/08/2019, di cui al punto 1, contenute nell'Allegato A, che costituisce parte integrante della presente deliberazione;
3. di dare mandato alla PF competente dell'ARS di costituire un apposito gruppo di lavoro per l'elaborazione delle procedure regionali per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in Pronto Soccorso, coerentemente con quanto disposto dalle Linee di indirizzo regionali, di cui al punto 2;
4. di stabilire che eventuali oneri derivanti dall'approvazione della presente deliberazione sono a carico dei bilanci di competenza degli Enti del SSR.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Deborah Giraldi

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Luca Ceriscioni

de



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- **D.P.R. 27 marzo 1992**: *“Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”*;
- **Atto d'intesa Stato-Regioni del maggio 1996**: *“Atto d'intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992”*;
- **Accordo Stato-Regioni del 25.10.01**: *“Linee Guida su Triage intraospedaliero -valutazione gravità all'ingresso-e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria”*;
- **Accordo Stato Regione del 22 maggio 2003**: *“Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza”*;
- **Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013**: *“Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso”*;
- **DGR n. 847 del 12/7/2014**: *“Attivazione del Sistema di Trasporto Assistito Materno e del Sistema di Trasporto di Emergenza Neonatale nella Regione Marche (S.T.A.M. e S.T.E.N.)”*;
- **Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70**: *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;
- **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**: *“Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (G.U. 18 marzo 2017 n. 65)*;
- **Accordo Stato Regioni del 01/08/2019**: *“Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”*, *“Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva”* e *“Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”* (Rep. Atti n. 143/CSR).

Motivazioni ed esito dell'istruttoria

L'Accordo Stato Regioni del 2001 ha definito criteri ed indirizzi uniformi su alcuni specifici aspetti del sistema di risposta all'emergenza - urgenza sanitaria, in conformità a quanto previsto dalle Linee-Guida del 1996 (Atto d'Intesa Stato-Regioni del maggio 1996) sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del D.P.R. del 27 marzo 1992, concernente la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza. Nello specifico, il citato Accordo Stato Regioni introduceva il Triage quale nuovo strumento organizzativo per governare gli accessi, non programmati, dei pz in PS, che vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni cliniche, prima della visita del medico. Contestualmente, quindi, venivano definite le prime linee guida sul triage intraospedaliero per i pz che accedono direttamente in PS.

Con successivo Accordo Stato Regioni del 2003, sono state approvate le linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di Emergenza/Urgenza, al fine di poter garantire l'integrazione funzionale ed operativa di ogni settore del Sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria. Nel citato Accordo, in particolare, tra gli obiettivi assistenziali ed organizzativi della formazione rivolta ai medici ed infermieri dell'emergenza/urgenza, si richiamava anche la conoscenza e gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero.

Alla luce delle più recenti esperienze nazionali e internazionali e delle difformità di implementazione sul territorio nazionale, il Ministero della Salute ha ritenuto necessario revisionare ed aggiornare le sopra richiamate linee guida sul "trriage" intraospedaliero. Tale esigenza è stata dettata dall'evoluzione della curva demografica ed epidemiologica che ha comportato un decremento numerico degli accessi in PS e un progressivo incremento dei pz con polipatologia che accedono alle cure ospedaliere urgenti. Il sistema Triage e la modalità assistenziale dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) costituiscono metodologie organizzative del lavoro considerate indispensabili per realizzare percorsi di cura appropriati già dal momento dell'accesso alla struttura di emergenza, assicurare l'approfondimento diagnostico e terapeutico in tempi brevi, migliorare la qualità, la sicurezza e l'assistenza delle cure in Pronto Soccorso. Per quanto concerne l'OBI, in Italia, la normativa nazionale, risalente all'inizio degli anni '90, ha previsto la presenza di posti letto di Osservazione Breve (OB) all'interno dei Pronto Soccorso (PS) e dei DEA. Il DPR 27 marzo 1992 ed il successivo Atto di Intesa tra Stato e Regioni dell'11 aprile 1996 hanno, infatti, previsto che nei PS e nei DEA di I e di II livello fossero attivate le funzioni di Osservazione e degenza breve. Tale esigenza si ritrova altresì nello schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, in cui si esprime la necessità di attivare l'Osservazione Breve (OB) quale strumento ritenuto indispensabile per ridurre ricoveri impropri e favorire la sicurezza delle dimissioni da PS.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

Il DM n. 70 del 2 aprile 2015 (pubblicato in GU n. 127 del 04.06.15) recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", ha previsto che anche i presidi ospedalieri di base, sede di PS, debbano essere dotati di letti di OBI.

Una delle maggiori criticità inerenti le attività in emergenza-urgenza riguarda il sovraffollamento nei PS (overcrowding), derivante dallo sproporzionamento tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pz in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali. Tale fenomeno, tra l'altro, può generare un incremento del rischio clinico, sia per l'utenza che per gli operatori e un inadeguato rispetto della garanzia dei LEA e della qualità delle cure.

Il Ministero della Salute, al fine di contrastare il fenomeno del sovraffollamento e migliorare le procedure in PS, attraverso specifici gruppi di lavoro, ha prodotto i seguenti documenti:

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

Tali documenti sono stati recepiti dal recente Accordo Stato Regioni del 01/08/2019 che, nel ridefinire la funzione di Triage, sviluppa le possibilità organizzative in linea con i recenti dati di letteratura internazionale e con l'attuale fase di ridisegno del nostro sistema sanitario, allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente. Nello specifico, le principali novità introdotte dal citato Accordo Stato Regioni riguardano il **Triage intraospedaliero, l'OBI e la gestione del sovraffollamento nei PS.**

Relativamente al Triage è stata introdotta la nuova codifica numerica da 1 (il più grave) a 5, a cui è possibile associare un codice colore, per la definizione delle priorità, con tempi che vanno dall'accesso immediato per le emergenze a un tempo massimo di 240 minuti per le non urgenze; viene inoltre stabilito un tempo massimo di 8 ore dalla presa in carico al Triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso. Relativamente all'OBI sono stati definiti nuovi standard strutturali e tempi massimi di permanenza. Infine, sono state raccomandate alcune azioni utili per ridurre il sovraffollamento in PS, tra cui il blocco dei ricoveri programmati e implementazione del "bed management", ossia l'utilizzo della risorsa "posto letto" mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione.

La Regione Marche, con il presente atto, intende quindi recepire l'Accordo Stato Regioni del 01/08/2019 e, nell'ottica della omogeneizzazione delle procedure organizzative per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in PS, fornire indicazioni utili agli Enti del SSR per l'implementazione del Triage intraospedaliero, l'organizzazione dell'OBI e l'attivazione di strategie per la gestione del sovraffollamento dei PS.

L'implementazione delle linee guida regionali e il monitoraggio delle attività, in coerenza con quanto stabilito dall'Accordo Stato-Regioni e riportate nell'Allegato A, sarà oggetto di uno specifico gruppo di lavoro regionale, costituito mediante apposito decreto della PF competente dell'ARS. Il percorso così delineato è stato condiviso con le Direzioni sanitarie degli Enti e con i professionisti competenti del settore, in appositi incontri di lavoro conclusi in data 13/11/2019. Obiettivo degli incontri è stato quello di analizzare le criticità presenti nei PS regionali, rilevate anche attraverso la somministrazione di un questionario prodotto dalla PF competente dell'ARS e trasmesso agli Enti del SSR, al fine di mappare le attuali modalità organizzative negli ambiti definiti dal suddetto Accordo. Quanto emerso, ha permesso di evidenziare i punti di forza e gli elementi di complessità del sistema, sulla base dei quali strutturare percorsi e tempistiche di miglioramento. Si intende procedere, prioritariamente, con l'implementazione e l'armonizzazione delle procedure organizzative in fase di Triage (es. *Fast Track, See&Treat*), accompagnate da specifica attività formativa rivolta al personale sanitario dedicato; al contempo, sarà necessario definire ed attuare strategie per contrastare il fenomeno del sovraffollamento e adeguare i software gestionali aziendali alle indicazioni ministeriali inerenti la nuova codifica numerica in Triage che andrà a regime entro gennaio 2021.

Per tutto quanto sopra si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Responsabile del Procedimento

Dominga Cardascia



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PARERE DEL DIRIGENTE DELLA PF ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA-URGENZA,
RICERCA**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento, non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della legge 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE
Giovanni Lagalla

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'articolo 6 bis della legge 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della deliberazione della Giunta n. 64/2014.

IL DIRETTORE
Rodolfo Pasquini

La presente deliberazione si compone di n. ²⁴ pagine, di cui n. ¹⁹ pagine di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Deborah Giraldi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A

**LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELL'ACCORDO STATO-REGIONI
DEL 01/08/2019**

IL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

1. Finalità del Triage

Il Triage è una funzione infermieristica garantita in modo continuativo nelle 24 ore e, nello specifico:

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

2. Fasi del Triage

Dal punto di vista metodologico, il processo di Triage si articola in 4 fasi:

1) <u>Fase della Valutazione immediata</u> (c.d. sulla porta)	rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato. Tale valutazione deve essere garantita, entro 5 minuti, a tutti coloro che accedono al PS.
2) <u>Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva</u>	a) valutazione soggettiva effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata), b) valutazione oggettiva effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
3) <u>Fase della Decisione di Triage</u>	assegnazione del codice di priorità, attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali ed eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici. Oltre ai sintomi e al possibile rischio evolutivo, devono essere considerati anche ulteriori fattori che condizionano il livello di priorità e la qualità dell'assistenza da fornire per una corretta presa in carico, come il dolore, l'età, la disabilità, la fragilità, le particolarità organizzative e di contesto. Per questo motivo è necessario che la gestione della lista di attesa avvenga ad opera dell'infermiere di Triage.
4) <u>Fase della Rivalutazione</u>	conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.

3. Codici di priorità e modalità di rivalutazione

L'assegnazione del codice di priorità di accesso alle cure è l'esito della decisione infermieristica, formulata nell'ambito dell'attività di Triage e basata sugli elementi rilevati nelle sopradescritte fasi di valutazione (condizioni cliniche, rischio evolutivo e disponibilità delle risorse). Non necessariamente il codice di priorità assegnato al Triage corrisponde alla reale gravità del paziente; soltanto l'integrazione con la successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, permetterà di disporre degli elementi necessari per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica.

È introdotta la nuova codifica di priorità che prevede l'attribuzione di 5 codici numerici, da 1 (il più grave) a 5; tale implementazione dovrà essere messa a regime entro gennaio 2021.

La rivalutazione del codice di priorità consiste nell'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa, mediante il rilievo periodico dei parametri soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute. Qualunque modifica dei parametri, rilevata durante la fase di rivalutazione, potrà determinare una variazione anche dei relativi tempi di attesa. A seguito della fase di accoglienza, in sede di Triage, è possibile l'attivazione di percorsi di cura predefiniti come i percorsi brevi e i percorsi a gestione infermieristica, sulla base di appositi protocolli.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tab. 1 Triage: nuova codifica di priorità, tempo massimo di attesa e modalità di rivalutazione					
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa	Modalità di rivalutazione
Nr.	Colore				
1	Rosso	Emergenza	interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	accesso immediato alle aree di trattamento	Nessuna rivalutazione
2	Arancione	Urgenza	rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	accesso entro 15 minuti	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	Azzurro	Urgenza differibile	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	accesso entro 60 minuti	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione: - a giudizio dell'infermiere di triage; - a richiesta del paziente; - una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato.
4	Verde	Urgenza minore	condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostiche terapeutiche semplici monospecialistiche	accesso entro 120 minuti	
5	Bianco	Non urgenza	problema non urgente o di minima rilevanza clinica	accesso entro 240 minuti	

4. Iter di Pronto Soccorso

L'accoglienza in Triage si riferisce alla presa in carico globale della persona e alla gestione delle informazioni con i relativi caregiver, dal momento dell'arrivo in P.S. e durante l'attesa. A tal riguardo, si ritiene utile disporre di una funzione di psicologia aziendale che, sulla base di procedure organizzative concordate, intervenga sia nelle situazioni ritenute più complesse, che richiedono un contributo specialistico, sia per sostenere l'equipe assistenziale, attraverso incontri periodici e, eventualmente, la presa in carico di eventi critici. Per ottimizzare l'accoglienza dei cittadini che giungono in PS, è possibile prevedere, in sala d'attesa, anche la presenza di personale laico volontario (es. associazioni accreditate), specificatamente formato ed autorizzato, attraverso appositi progetti. Tali figure, che non sostituiscono le funzioni del personale sanitario, hanno il compito di rispondere tempestivamente ai bisogni di informazione ed accudimento del paziente e degli accompagnatori, fornendo indicazioni e raccogliendone le segnalazioni. Nell'ambito dell'organizzazione degli spazi, è opportuno disporre di un'area dedicata alla presa in carico del cittadino-utente-paziente. Particolare attenzione deve essere posta anche all'implementazione di strategie informative con strumenti quali l'uso di idonea cartellonistica e di sistemi di monitoraggio che aggiornino in tempo reale la situazione del servizio di PS.

L'iter di Pronto Soccorso si configura come il percorso successivo all'accoglienza del paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici (Tabella 2).

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

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

L'attivazione dei flussi di trattamento, basati su diversi livelli d'intensità di cura, richiede la redazione di appositi protocolli e la realizzazione delle attività formative utili alla loro implementazione. In particolare, in relazione al livello di complessità del Presidio ospedaliero, in coerenza con le indicazioni della programmazione regionale, è opportuno lo sviluppo di percorsi dedicati (rete Sindromi Coronariche Acute, rete Stroke e rete Trauma grave), anche per soggetti in particolari condizioni di fragilità/vulnerabilità, e/o percorsi rapidi che migliorano l'appropriatezza di trattamento grazie alla possibilità di attivare percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei PS, riducendo le attese e i tempi di permanenza nei PS per condizioni di urgenze minori:

- **Fast Track:** modello di risposta assistenziale alle urgenze minori, definite in fase di triage, di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica). L'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati localmente che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il pz direttamente allo specialista competente;
- **See and Treat:** modello di risposta assistenziale ad urgenze minori (pz a bassa intensità di cura) predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici, definiti a livello regionale, per il trattamento di



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

problemi clinici preventivamente individuati. Tale modalità assistenziale non può essere adottata nell'approccio a sintomatologie che necessitano di approfondimenti specialistici (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie...). In questo modello organizzativo, il pz. viene preso in carico in una determinata area del PS, idonea allo svolgimento delle funzioni previste dai citati protocolli medico-infermieristici, approvati dalla Direzione Sanitaria, ove l'infermiere, in possesso di formazione specifica, applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso. I predetti protocolli devono prevedere modalità di rivalutazione del pz. atte a garantire che, al mutare della condizione clinica, egli possa essere reinserito nel percorso assistenziale di PS.

Tab. 2 Iter di pronto soccorso

Funzione	Attività	Esito		Tempi Massimi	
TRIAGE	1. Assegnazione della priorità 2. Assegnazione ad uno specifico percorso 3. Rivalutazione nell'attesa	1. Invio diretto in sala d'emergenza 2. Assegnazione ad un ambulatorio 3. Avvio di un Fast Track 4. Prestazione diretta (See and Treat)			
PS	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (follow up)	Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: 8 ore	
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti		
		Invio in OBI			Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI Massimo 44 ore dalla presa in carico al triage
OBI	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (follow up)		
		Ricovero	1. Unità di degenza, con attivazione della relativa procedura e apertura scheda di ammissione; 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti con attivazione della relativa procedura		

4.1 Organizzazione del percorso pediatrico

Il Triage pediatrico deve essere effettuato da un infermiere pediatrico, ove presente in organico, o da un infermiere specificamente formato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia.

All'ingresso nel PS, l'infermiere procede alla valutazione soggettiva ed oggettiva per assegnare il codice di priorità alla visita medica, avvalendosi di specifiche griglie di valutazione di riferimento e di protocolli condivisi e validati. Particolare attenzione deve essere dedicata alla rilevazione e al trattamento del dolore pediatrico; a tale scopo, devono essere disponibili ed utilizzate, correttamente e costantemente, dall'infermiere addetto al Triage, le scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fascia di età. A causa della variabilità del manifestarsi della condizione clinica nei pazienti pediatrici, la fase di rivalutazione assume rilevanza fondamentale.

4.2 Il Pronto Soccorso Ostetrico

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza della donna in gravidanza che giunge in PS ostetrico, è una funzione effettuata da una ostetrica, con specifica formazione volta alla corretta valutazione delle condizioni cliniche della gravida che accede al PS per situazioni legate alla gravidanza stessa, al parto se imminente, o per eventuali patologie intercorrenti e rappresenta la base per una valida impostazione di un piano assistenziale appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze. Alla classificazione del codice numerico/colore di priorità, per l'accesso alla visita medica, devono seguire specifici percorsi assistenziali differenziati, sia per profilo di rischio ostetrico che per eventuali patologie



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

intercorrenti alla gravidanza, orientati al pertinente utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative. In particolare, la valutazione del profilo di rischio della donna deve essere effettuata sulla base di criteri definiti (fattori clinici, biologici, sociali, psicologici) e condivisi dall'equipe assistenziale (ostetrica, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla gestante) e accuratamente riportati nella documentazione clinica.

Il triage ostetrico deve essere caratterizzato da un processo di rivalutazione continuo e dinamico, sempre associato a un'adeguata e continuativa sorveglianza ostetrica, sia della donna in gravidanza che accede al PS che delle condizioni del feto. Anche l'iter del Pronto Soccorso Ostetrico si configura come il percorso successivo all'accoglienza della paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici, fino alla definizione dell'esito:

- ammissione in Osservazione Breve Intensiva Ostetrico-Ginecologica (O.B.I.O.G.);
- ricovero presso l'unità di degenza della struttura ospedaliera, mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- trasferimento presso altra struttura (Centro Hub), garantito con l'attivazione del trasporto STAM (servizio di trasporto assistito materno) e/o STEN (servizio di trasporto in emergenza neonatale), come da DGR 847/2014.

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

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

5. Standard organizzativi/strutturali

Ogni Ente del SSR realizza protocolli relativi alla valutazione e al trattamento dei quadri sintomatologici più frequenti e/o di maggiore complessità, condivisi con il responsabile di Struttura e di Dipartimento, e organizza attività formative utili alla loro implementazione, nonché alla verifica periodica della loro attuazione. Le attività accessorie al Triage (registrazione dei dati anagrafici, supporto logistico, assistenza di base) si svolgono sotto la responsabilità dell'infermiere che può avvalersi di personale amministrativo o personale sanitario di supporto per la loro esecuzione.

Relativamente ai requisiti strutturali, tecnologici e risorse umane si rimanda alla normativa di riferimento regionale/nazionale vigente.

6. Sicurezza e gestione del rischio clinico

6.1 Protocolli e procedure

Ogni PS dispone di protocolli di Triage, articolati per problemi clinici principali, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermieri esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico del servizio, diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte, periodicamente aggiornati (almeno ogni 3 anni). Ogni struttura si avvale di strumenti informatizzati per la registrazione dei dati raccolti. Per garantire la sicurezza delle cure, nella elaborazione di protocolli e procedure, è necessario considerare con particolare attenzione i seguenti aspetti:

- comunicazione/informazione tra il personale del 118 e quello del Triage del PS;
- comunicazione/informazione tra il personale del Triage e della sala visita;
- osservazione e ascolto attento del paziente;
- eventuale nuovo accesso al PS per il medesimo problema clinico a distanza di 24 - 48 ore dal primo;
- valutazione appropriata del paziente nella fase di attribuzione del codice di priorità;
- compilazione corretta della scheda di Triage;
- rivalutazione periodica dei pazienti per la conferma o modifica del codice di priorità;
- informazioni/ raccomandazioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari/accompagnatori;
- continuità nella presa in carico del paziente durante il cambio del turno;
- mantenimento di standard di personale per turno con attenzione ai picchi di maggior affluenza;
- allontanamento volontario del paziente prima dell'accesso alla visita medica

6.2 Documentazione Clinica

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

6.3 Monitoraggio Eventi Sentinella

Deve essere previsto l'AUDIT Clinico su casi specifici, almeno mensile, il monitoraggio e la gestione degli Eventi Sentinella, il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito. Il monitoraggio consente di costruire/implementare il Percorso Clinico Assistenziale, per ridurre la possibilità di eventi avversi con esito fatale e ritardi diagnostici e terapeutici, con implicazione sulla durata e severità della prognosi.

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

- arresto cardiaco improvviso in area Triage;
- morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice Triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso (Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute);
- prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (Raccomandazione n.13 del Ministero della Salute);
- prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute).

7. Presa in carico**7.1 Umanizzazione**

Si ritiene necessario promuovere una serie di iniziative di "attesa attiva", finalizzate al miglioramento degli aspetti di comfort in sala attesa (es. cartellonistica, opuscoli, videoproiezioni, monitor TV, filodiffusione musicale, erogatori di bevande e cibo, display che permettono di conoscere in tempo reale il numero di postazioni di emergenza impegnate, il numero di pazienti nelle sale visita o in attesa di ricovero). La verifica oggettiva da parte del paziente e del familiare del percorso d'assistenza, a partire dall'ora d'accettazione fino all'esecuzione delle diverse prestazioni, dà la possibilità di limitare le problematiche connesse alle attese ed è funzionale all'erogazione di una migliore prestazione, diminuendo la possibilità di essere chiamati a gestire situazioni di front-desk a forte tensione. Alla cittadinanza sarà garantita maggiore trasparenza attraverso un ottimale livello d'informazioni, costantemente aggiornate. La comunicazione adottata dagli operatori di Triage deve essere efficace ed empatica sia con il paziente, sia con i familiari/accompagnatori. Per consentire un'adeguata comunicazione con gli utenti di altra lingua, è utile disporre di un Mediatore Culturale o utilizzare supporti tecnologici di traduzione a distanza o schede di accoglienza multilingue.

7.2 Condizioni particolari

Si ritiene necessario dedicare particolare attenzione ai disturbi della sfera psichica e ai maltrattamenti/abusi sui minori, le donne e gli anziani. In tale contesto, l'infermiere di Triage ha il ruolo di concorrere alla tempestiva individuazione di tali condizioni, rilevando gli indicatori anamnestici e clinici di sospetto abuso e attivare un percorso personalizzato e di sostegno, agevolando i contatti e le procedure in ambito sanitario, assistenziale, ed eventualmente investigativo e giudiziario. La formazione è una funzione fondamentale e strategica per questi aspetti e deve essere effettuata in modo sistematico e mirato, integrando tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico di tali persone, nel rispetto degli specifici ambiti di competenza. Le condizioni di fragilità non modificano il codice di gravità e la relativa priorità, ma prevedono l'avvio di procedure assistenziali definite e di conforto, evitando laddove possibile tempi lunghi di attesa.

8. Formazione

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

In previsione del passaggio ai 5 codici numerici/colore, si rende necessario realizzare specifici programmi sistematici per la formazione del personale di triage sul nuovo sistema di codifica, da avviare prima della messa a regime del nuovo sistema. È necessario, altresì, prevedere un'efficace campagna di informazione sul nuovo sistema di codifica al Triage rivolta agli utenti del SSN.

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

Per svolgere la funzione di Triage infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una Formazione di accesso ed una Formazione permanente, secondo quanto definito nell'Accordo Stato-Regioni del 1/8/2019.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

9. Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) - Il sistema EMUR

Il sistema EMUR-PS raccoglie informazioni che riguardano tutte le fasi relative all'accesso in PS: identificazione della struttura erogatrice e dell'assistito; dati relativi all'accesso ed alla dimissione; dati relativi alle diagnosi ed alle prestazioni erogate; dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso. Nell'ambito del Pronto Soccorso è necessario rilevare, in particolare, i tempi relativi al percorso del paziente in rapporto ai codici di priorità assegnati. Pertanto, sono da rilevare i tempi relativi alla presa in carico del paziente, all'inizio del percorso diagnostico terapeutico e della prestazione medica, all'esito della prestazione erogata e all'eventuale inizio e termine dell'attività di OBI, nonché i tempi massimi di permanenza in Pronto Soccorso. Tali tempi e la relativa codifica, in parte già rilevati attraverso il sistema EMUR, sono:

TAB. 3 TRIAGE: tempi da rilevare (data e ora)	
T0	PRESA IN CARICO AL TRIAGE
T1	INIZIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE
T2	INIZIO DELLA PRESTAZIONE MEDICA
T3	ESITO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO
T4	INIZIO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA
T5	TERMINE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Per il monitoraggio dei tempi di permanenza del pz. all'interno del PS, si considerano i seguenti intervalli temporali:

T0 – T1: presa in carico al Triage/inizio del percorso diagnostico assistenziale per codice di priorità 1-5;

T0 – T3: tempo massimo 8 Ore;

T0 – T5: tempo massimo 44 Ore.

Al termine della prestazione (visita ed eventuali accertamenti o consulenze specialistiche), il medico di PS ha l'obbligo di identificare il livello di gravità del paziente assegnando un **codice d'uscita**:

C = Paziente Critico (almeno un parametro vitale compromesso)

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

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

M = Paziente con Urgenza minore

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

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

10. Sistema di verifica e qualità

L'accuratezza nello svolgimento di questo "processo decisionale" da parte dell'infermiere durante il Triage va misurata e verificata con metodi oggettivi, al fine di garantire elevati livelli di qualità assistenziale. A tale scopo si utilizzano gli indicatori, secondo una logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) che consente di mantenere e migliorare la *clinical competence* e gli standard di servizio necessari a garantire un efficace processo di Triage (Tabella 4).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tab. 4 - TRIAGE: set di indicatori e standard di riferimento

Indicatore	Tipologia	Standard	Razionale, criteri e linee guida di riferimento
% di pz per i quali è stato attivato un percorso di fast track / totale pazienti eleggibili.	Appropriatezza	80% dei pazienti inviati a fast track Accettabile il 50%	Individuazione di differenti modalità organizzative per la gestione degli accessi degli utenti con urgenza minore, finalizzati alla riduzione del sovraffollamento del PS. Realizzazione di percorsi diretti e dedicati a discipline specialistiche, mediante utilizzo di protocolli. Utilizzo da parte del personale infermieristico di protocolli, validati e condivisi con le discipline specialistiche di pertinenza, per l'invio diretto al medico specialista, di pazienti con specifici segni e sintomi. (Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013) (Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012) (DGR 1184/2010 - Emilia Romagna)
% di rivalutazioni del pz eseguite da Triage (registrate formalmente) sul totale dei pazienti divisi per codici 1-2-3-4-5 che abbiano superato il tempo massimo d'attesa raccomandato.	Appropriatezza	90 % dei codici 3 che hanno superato il 60' 80% dei codici 4 che hanno superato il 120' 70% dei codici 5 che hanno superato il 240'	La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di triage, si definisce come attività professionale mirata a mantenere il controllo della condizione degli assistiti durante l'attesa, cogliendo tempestivamente variazioni dello stato di salute. Si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che devono essere registrati e ai quali si possono associare iniziative mirate a migliorare l'attesa e il suo confort non necessariamente assicurati dal professionista infermiere. (Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012)
% pz con codice 2 a cui siano stati rilevati (registrate formalmente) almeno due parametri vitali	Appropriatezza	95% dei pazienti a cui è stato assegnato il codice di priorità 2	Il codice di priorità 2 deve essere assegnato ai pazienti con rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizioni stabili con rischio evolutivo o dolore severo. (LG-Triage Agenas Monitor N°29,2012)
% di pz in emergenza codice 1 che accedano immediatamente al trattamento	Appropriatezza	99% dei pazienti accettati con codice 1	Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati
% di pz in urgenza codice 2 che accedano al trattamento entro 15 minuti	Appropriatezza	85% dei pazienti accettati con codice 2	Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati
% di pz con urgenza differibile codice 3 che accedono entro 60 minuti	Appropriatezza	80% dei pazienti accettati con codice 3	
% di pz con urgenza minore codice 4 che accedono entro 120 minuti	Appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 4	
% di pz non urgenza codice 5 che accedono entro 240 minuti	Appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 5	
% di pz in urgenza differibile codice 3 a cui è documentata la valutazione di un indicatore di sofferenza	Appropriatezza	80% dei pazienti accettati con codice 3	
% di pz in emergenza codice 1, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pz cui è stato assegnato codice emergenza 1	Esito	>95%	Gli indicatori sono finalizzati a monitorare l'accesso all'ospedale per le attività di ricovero nonché l'eventuale accesso e il trasferimento per codice di priorità assegnato
% di pz in urgenza codice 2, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pz cui è stato assegnato codice emergenza 2	Esito	>70%	
% di pz in urgenza differibile codice 3, ricoverati, o trasferiti rispetto al totale dei pz cui è stato assegnato codice urgenza differibile 3	Esito	>50%	
% di pz con urgenza minore codice 4, ricoverati o trasferiti rispetto al totale pz con codice urgenza minore 4	Esito	< 5%	
% di pz con non urgenza codice 5, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pz cui è stato assegnato codice non urgenza 5	Esito	< 1%	

de



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)**1. Standard organizzativi**

Le funzioni dell'OBI si realizzano in:

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

L'area di OBI è attivata in locali dedicati, abitualmente adiacenti o nelle immediate vicinanze del PS, organizzata in strutture open-space e/o box singoli, è opportunamente attrezzata per la tutela della privacy ed il comfort del paziente. Le dotazioni di postazioni, personale, e tecnologica sono definiti nella normativa nazionale/regionale di riferimento in tema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento.

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

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

2. Il percorso clinico assistenziale del paziente

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

Tutta l'attività svolta per l'O.B.I. deve essere regolamentata da protocolli operativi formalizzati e procedure, sia interne che concordate tra le unità operative di riferimento. Particolari soluzioni organizzative come "chest pain unit" o "syncope unit" vi possono trovare una naturale ed adeguata collocazione.

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

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

Non costituiscono criteri di ammissione in OBI:

- instabilità dei parametri vitali;
- rischio infettivo;
- agitazione psicomotoria con comportamenti lesivi per sé o per gli altri;
- condizioni che richiedono ricovero in urgenza;
- ricoveri programmati;
- tutte le attività e/o prestazioni erogabili in altre modalità assistenziali (ambulatorio, DH).

L'O.B.I. non deve essere utilizzata come supporto per la gestione di:

- ricoveri programmati;
- attività eseguibili in regime ambulatoriale o di *day hospital*;
- carenza di posti letto in altre unità operative, in attesa del ricovero del paziente;
- pazienti già destinati a dimissione dopo la valutazione in Pronto Soccorso.

Le indicazioni relative ai criteri di inclusione ed esclusione per la gestione dei pazienti adulti e pediatrici sono illustrate nelle Tabelle A) e B), dove per ogni quadro clinico sono riportati, in ordine alfabetico i relativi codici ICD-9 CM, il rationale, le prestazioni più appropriate. Il contenuto delle tabelle rappresenta una indicazione e, pertanto, non è da ritenersi esaustivo. In considerazione della complessità dei quadri clinici, le prestazioni sono individuate dalle unità operative di P.S. con protocolli operativi e procedure che tengono conto della realtà organizzativa locale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare 42731 fibrillazione atriale 42789 altre aritmie cardiache	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio. Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo cardioversione elettrica Esclusione di recidive	TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono approfond. diagnostico complesso Scompenso cardiaco e SCA Eventi acuti	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG Consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico-strumentale Controllo farmacologico di sintomi Approfondimento diagnostico Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Paziente stabile con broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS (> 3 aerosol) Sp O2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90% Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio parametri vitali O2-terapia Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
CEFALEA	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici Monitoraggio parametri: PA, fundus, TC, RMN; Consulenza neurologica Trattamento sintomatico	Cefalea con obiettività neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza miglioramento dopo primo approccio farmacologico	Instabilità emodinamica Eventi acuti concomitanti	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia analgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI	780.39 Crisi convulsiva SAI	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico e strumentale Approfondimento diagnostico e differenziale Trattamento farmacologico	Anamnesi positiva di crisi convulsiva con stato post critico prolungato, con accertamenti negativi o con crisi convulsiva da sostanze tossiche o da sospensione di alcool o con elevato rischio di ricorrenza della crisi	Primo episodio Condizioni cliniche instabili Eventi acuti concomitanti	Monitoraggio parametri vitali somministrazione farmacologica esami ematologici
DIARREA	787.91 Diarrea SAI	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali. Monitoraggio clinico. Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Controllo farmacologico dei sintomi. Terapia con fluidi	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche, associata o meno a vomito.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di dolore addominali intenso, febbre e immunodepressione. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG Esami: routine Rx torace Emocolture Coprocolture
DISIDRATAZIONE	276.51 Disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico, in particolare anziani	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi, disturbi della deglutizione, comorbidità	Monitoraggio Introdotto/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	786.50 Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico -strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriati. Approfondimento diagnostico -strumentale	Pazienti con ECG normale o non diagnostico con markers di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA).	I Pazienti con probabilità bassa di SCA, abuso di droghe, instabilità clinica. Presenza dei criteri per ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG: 0-4/6-12 h; Esami: routine + TN a 3-6h Rx torace eco cuore test da sforzo o eco stress



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

GESTIONE DEL DOLORE	3380 Sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico. Controllo farmacologico dei sintomi. Analgesia loco-regionale.	Pazienti con dolore medio-grave (VAS >7) che non cede ad un trattamento appropriato eseguito in Pronto Soccorso, o in cui è necessario stabilire un'analgesia continua o locoregionale (es. analgesia epidurale)	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.	Esami: routine Accesso venoso periferico/centrale Infusione ev di terapia Blocco loco-regionale
INTOSSICAZIONI	960 - 979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (escl. effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e di laboratorio. Terapia generale e specifica Decontaminazione o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope o altre sostanze tossiche con latenza di effetti < 24H o con clearance completa del farmaco < 30 H o con risposta efficace e completa dell'antidoto aspecifico e/o specifico in paziente stabile	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Comorbidità e/o presenza di eventi acuti. Stato di agitazione non controllabile	Monitoraggio parametri vitali Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti Monitoraggio ECG EGA Esami di routine Doppio accesso venoso ev CVC Gastrolusi Catarsi salina Ev EGDS Rx torace
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Monitoraggio clinico strumentale. Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni cutanee non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri vitali Somministrazione farmaci
SCOMPENSO CARDIACO	4280 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio: Classe NYHA I II	Primo episodio. Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente. Classe NYHA III e IV	Monitoraggio multiparametrico EGA Esami: routine + a12 H Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev
SINCOPE	780.2 Sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione e monitoraggio ECG consulenza cardiologica e neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici : TC, RMN	Ad etiologia indeterminata o inspiegata a rischio intermedio-alto	Condizioni cliniche instabili Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	EGA ECG consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali
SINDROME VERTIGINOSA	7804 Stordimento e capogiro	Inquadramento clinico, strumentale e di laboratorio: esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TC Controllo farmacologico dei sintomi	Paziente con vertigine in atto che non consente dimissione	Deficit neurologico cerebellare o insufficienza vertebro-basilare. Instabilità clinica Comorbidità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (dolori addominali, colica renale, dolori toracici, ferite, esecuzione di manovre ortopediche cruenti...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	Inquadramento/approfondimento diagnostico del dolore con esami Consulenze specialistiche Trattamento della patologia Sommin. farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore. Dolore di recente insorgenza, in paziente stabile e che non necessita di procedura chirurgica	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che richiede più di 36h politrauma o cond. clin. instabili o in deterioramento	Valutazione mediante scale Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

TIA	4359 Ischemia cerebrale transitoria non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti con TC negativa, deglutizione normale, livello normale di coscienza, assenza di crisi ipertensiva o comiziale, in cui sia stata esclusa l'origine cardioembolica e con un ABCD2 score <4.	Condizioni cliniche instabili Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	ECG Esami: routine TC encefalo Eco doppler TSA
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 8501 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo cranico Approfondimento diagnostico-strumentale	GCS >14, senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia antiaggregazione Dinamica a bassa energia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbidità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

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

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare 42731 fibrillazione atriale	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo; monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica Escl. nelle ore succ. di comparsa di recidive	TPS in paziente con precedenti crisi Fibrillazione atriale già in trattamento Previsione di dimissibilità entro le 36 ore	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali esami ematologici e radiologici Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Broncospasmo e dispnea grado medio, non risolta al primo trattamento in PS SpO2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico grave SaO2 < 90% (Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Somministrazione broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
BRONCHIOLITE	4661 bronchiolite acuta	Stabilizz. e monitoraggio parametri vitali Ricerca VRS su aspirato nasale Terapia farmacologia e somministraz. ossigeno Valutaz nelle ore succ. della risposta alla terapia	Forme di media entità con SaO2 > 90% e età > 1 mesi	Associazione con fattori di rischio (prematurità, cardiopatia, basso livello socio-economico); condizioni che ne consigliano un ricovero ordinario	Monitoraggio Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2 terapia Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica Idratazione ev EGA ricerca RSV
CEFALEA	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN); Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia antalgica	Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme Gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI	780.31 convulsioni febbrili (semplici), non specificate	Stabilizz. e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali accertamenti ematochimici, Esclus. infezioni SNC. Tratt. patol. febbrile	Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici	Convulsioni febbrili complesse Stato di male febbrile	Monitor. parametri: FR, SatO ₂ , FC somministrazione benzodiazepine esami ematologici per definire la natura della febbre
DISIDRATAZIONE	27.51 disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esec. esami emat. Reidratazione e.v/SNG Monitor. dei sintomi	Vomito e/o diarrea e disidratazione lieve-medio non migliorati da reidratazione per os e/o con alt. equilibrio idroelettrolitico	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi	Monitor. Introdotti/eliminati Controllo peso Monitoraggio: FC, FR, PAO Contr. EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
EPILESSIA	345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	Monit parametri vitali e trattamento crisi, se in atto. Esec. esami specifici (EEG, RMN), dosaggio ematico farmaco utilizzato, Consulenza neurologica, Valut. trattamento	Epilessia già nota PZ con crisi responsiva al trattamento e che necessita di osservazione o approfondimento diagnostico	Stato di male Crisi subentranti	Monitoraggio parametri: FR, SatO ₂ , FC EEG consulenza NPI dosaggio farmaci anticomiziali somministrazione farmaci anticomiziali
FEBBRE	780.6 febbre	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS Eventuale inizio terapia specifica	Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese	< 1 mese, fontanella ant. bombata, rigidità nucale, cefalea intensa, cond. generali scadenti, shock settico	Monitoraggio FC Indici di flogosi Esami colturali Somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO	934 corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Studio radiologico Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo Valutaz nelle ore succ	Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo	Distress respiratorio grave Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO ₂ , FC
INFEZIONE DELLE VIE URINARIE	599.0 infezione del sistema urinario, sito non specificato	Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici ed urinari, Ecografia apparato urinario, Inizio terapia con valutaz. risposta	Età > 3 mesi	Età < 3 mesi, aspetto settico	Esame urine Urinocoltura indici di flogosi monitoraggio T° somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI	9330 c. e. nel faringe 9351 c. e. nell'esofago 9352 c. e. nello stomaco 936 c. e. nell'intestino tenue e nel colon	Rimoz. in endoscopia del corpo estraneo Osservazione transito se arresto nello stomaco del corpo estraneo	Ingestione di sostanze estranee che per forma, dimensioni o composizione possono arrecare lesioni alle mucose	Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO ₂ , FC
INTOSSICAZIONI	960-979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (escl. effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitor param. vitali e tratt. del sintomo Tratt. di allontanamento della sostanza tossica o diminuz dell'assorbimento Esec. di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Tratt. con antidoti Monit. clinica e valutaz. Resp. alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Patologie internistiche concomitanti o preminenti. Pz con evidente volontà autolesiva Stato di agitazione PGCS ≤ 11	Monitoraggio parametri: FR, SatO ₂ , FC Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti ECG
LARINGITE	4640 laringite acuta	Tratt. della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica. Monit. nelle ore succ della risposta alla terapia.	Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 6)	Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano il ricovero ordinario	Monit parametri: FR, SatO ₂ , FC O ₂ -terapia Aerosolterapia con adrenalina e budesonide Somm. cortisone per os

De



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

LINFOADENOPATIA	7856 linfadenomegalia ecografia Eventuale inizio terapia specifica	Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con esami ematochimici Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Forte sospetto di malattia oncologica Quadro con chiara indicazione chirurgica	Indici di flogosi Sierologia per EBV Ecografia Consulenza ORL Somministrazione farmaci
POLMONITE	486 polmonite, agente non specificato	Esec. accertamenti ematologici e radiologici per inquadramento diagnostico Inizio terapia antibiotica con valutaz risposta	Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico	Cianosi a riposo, distress grave	Monitoraggio parametri: FR-SatO2, FC Indici di flogosi Sierologia Mycoplasma Rx torace ecografia torace Sommin. antibiotici ev/os
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Stabilizz. e monit. dei parametri vitali Terapia con adrenalina, cortisonici, anti-staminici ev Valutaz decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolvibili con terapia entro 6h in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Somministrazione farmaci (antistaminici, cortisone)
SINCOPE	780.2 sincope e collasso	Monit parametri vitali Esecuz. ECG e consulenza cardiologica, neurologica Ev. ulteriori accertamenti (visita neurologica, TC, RMN)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	EGA ECG consulenze specialistiche (cardiologica/NPI)
SINDROME VERTIGINOSA	7804 stordimento e capogiro	Inquadramento clinico esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TC	Paziente con vertigine in atto	Deficit neurologico, compromissione della coscienza	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL/NPI
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (colica renale dolori addominali/toracici, ferite, manovre ortopediche cruento...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 33811 dolore acuto da trauma	Inquadramento diagnostico del dolore Consulenze spec. Tratt patol. specifica Somm. di farmaci antidolorifici Sedazione moderata	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore	Valutazione mediante scale adeguate all'età Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali per definire la causa
TRAUMA ADDOMINO-PELVICO CHIUSO	922.2 contusione della parete addominale 843 distorsioni e distrazioni anca e coscia 846 regione sacroiliaca 847.2 lombare 847.3 del sacro 847.4 del coccige 911 traumatismi superficiali tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Esami radiologici/ecografici Terapia antalgica
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 850.1 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS >14, sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma molle con EO neurologico negativo) Dinamica del trauma banale	Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	Monit parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alteraz. del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica
TRAUMA TORACICO CHIUSO	922.1 contusione della parete toracica, 847.1 distorsioni e distrazioni del torace 911 traumatismi superficiali del tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Esami radiologici Terapia antalgica



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3. Rischio clinico

3.1. Sicurezza della Cure

L'OBI si propone di migliorare la funzione di filtro al ricovero di pazienti con sintomi o condizioni cliniche potenzialmente pericolose per la vita o suscettibili di peggioramento del quadro clinico, nel rispetto degli standard assistenziali e delle evidenze scientifiche. Questa area ad elevata intensità diagnostica e clinico rivalutativa, consente di verificare e monitorare l'efficacia di trattamenti nel breve periodo (6-44 ore), e di gestire il problema clinico acuto in un *setting* assistenziale alternativo al ricovero, usufruendo delle specifiche competenze del personale medico ed infermieristico e con l'ausilio degli strumenti diagnostici offerti dalla innovazione tecnologica.

3.2. Documentazione sanitaria

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

La Cartella Infermieristica, anch'essa integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso, contiene informazioni relative ai bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione degli interventi, agli esiti attesi ed al monitoraggio del pz durante la permanenza in OBI, secondo modalità definite a livello aziendale.

3.3. Gestione del rischio

Gli strumenti dell'*Incident Reporting* e del Monitoraggio degli eventi Sentinella (es. "Arresto cardiaco improvviso" e "Morte o grave danno da caduta del paziente"), insieme all'*audit* clinico e al Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), rappresentano le principali modalità di gestione del Rischio Clinico in OBI. Oltre a queste modalità è fondamentale in questo ambito l'adozione di protocolli e procedure, condivise con gli operatori, con particolare riguardo a:

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

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

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

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

4. Formazione

La formazione ha lo scopo di fornire alle figure professionali che operano in OBI gli strumenti adatti per la gestione dei pazienti, in età adulta o pediatrica. I Dipartimenti di Emergenza – Urgenza devono prevedere un percorso formativo di base per la gestione delle principali situazioni cliniche di pertinenza dell'OBI e una formazione permanente che consenta ai professionisti di mantenere un adeguato livello di aggiornamento per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali. Devono essere previste:

- una **formazione di base** relativa ai criteri di ammissione e di esclusione in OBI, oltre a possedere la competenza clinica richiesta per l'attività da svolgere in PS (es. BLSD, ALS, ATLS, PBLs, PALS, gestione delle vie aeree dell'adulto e del bambino) e la conoscenza delle linee guida e dei protocolli locali di gestione del paziente in OBI. Tale formazione è realizzata mediante corsi residenziali teorico-pratici, per favorire l'attività di équipe;
- una **formazione continua** realizzata mediante lo strumento dell'audit di carattere clinico e organizzativo, volta a verificare periodicamente la competenza clinica e l'adesione alle evidenze scientifiche più recenti e alla normativa vigente nonché alle indicazioni ministeriali sul tema.

5. Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) -Il sistema EMUR

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Problema clinico principale	problema clinico che ha motivato il ricovero in OBI. E' previsto l'uso dei codici ICD-9-CM (Tabelle A e B)
Data di ingresso in OBI	data in cui il pz viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS)
Ora di ingresso in OBI	ora in cui il pz viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS)
Prestazioni erogate in OBI	codici delle 5 prestazioni erogate in OBI e giudicate più importanti per gravità clinica ed impegno di risorse: la principale e quattro secondarie. La codifica avviene attraverso l'uso dei codici ICD-9-CM e di codici derivati dalla classificazione delle prestazioni ambulatoriali
Consulenze specialistiche	disciplina ed il numero delle consulenze specialistiche richieste a supporto dell'attività di OBI
Diagnosi di uscita dall'OBI	diagnosi principale e 4 secondarie assegnate alla dimissione. E' previsto l'uso dei codici ICD-9-CM
Data e Ora di uscita dall'OBI	data e l'ora di uscita dall'OBI. La data e l'ora di uscita devono coincidere con la data e l'ora di uscita dal P.S.
Esito	l'esito dell'attività svolta in OBI: ricovero in reparto di degenza, dimissione a domicilio, dimissione con rinvio a strutture ambulatoriali, trasferimento ad altro istituto, decesso.

6. Indicatori

Al fine di fornire informazioni utili a descrivere l'attività dell'OBI, si individua il seguente set di indicatori, di utilizzo e di performance; per ognuno dei cinque indicatori individuati sono riportati il calcolo e la soglia (Tabella 5).

TABELLA 5: INDICATORI OBI

	INDICATORE	RIFERIMENTO	CALCOLO	SOGLIA	
DI UTILIZZO	1	tempo di permanenza in obi	24 h dall'ingresso in PS o in obi	n° casi con permanenza in obi > 24 h / totale accessi in obi	< 5%
	2	pazienti dimessi	n° pz e n° tot accessi OBI	n° casi dimessi / totale accessi obi	> 90 %
	3	pazienti ricoverati	n° pazienti e n° tot accessi obi	n° casi ricoverati / totale accessi obi	< 10 %
	4	patologie improprie	tabella patologie con criteri di inclusione in obi e n° tot accessi obi	n° casi inappropriati / totale accessi obi	< 5 %
DI PERFORMANCE	5	pz che riaccedono al PS < 24h	n° pz che riaccedono al ps < 24 h dalla dimissione da obi e totale dimessi obi	n° casi con rientro in ps < 24 h dalla dimissione da obi/totale dimessi da obi	< 5%



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PS

Premessa

Il sovraffollamento (overcrowding) è dovuto alla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali con conseguenze sui pazienti (peggioramento degli outcome: aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, ridotta soddisfazione del paziente, esposizione agli errori), sugli operatori (mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica, aumento dello stress e del burn out, aumento degli episodi di violenza verso gli operatori stessi) e sul sistema (aumento della lunghezza di permanenza in PS e della degenza in ospedale).

L'iperafflusso si verifica se il numero dei pz che si presentano in PS supera il 91° percentile dei pz che mediamente si presentano (calcolato cioè sulla base della distribuzione degli accessi dei 12 mesi precedenti) per un tempo definito. Può essere dovuto a un massiccio afflusso di feriti e malati in occasioni di eventi imprevedibili (attivazione Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti- PEIMAF) o temporalmente delimitato come nel caso di epidemie stagionali o in alta stagione nelle località turistiche (attivazione Piano di Gestione del Sovraffollamento - PGS).

Il fenomeno del boarding è secondario alla "cattiva pratica" di tenere pz da ricoverare sulle barelle nei corridoi del PS per ore o giorni per la mancanza di posti letto; è la causa primaria del sovraffollamento con conseguenze per i pz (aumento della morbilità, della lunghezza del ricovero, della mortalità e aumento della sofferenza di quelli che aspettano distesi sulle barelle nei corridoi del PS per ore o anche giorni), per gli operatori (aumento dello stress e burn out, diminuzione della capacità di rispondere alle emergenze e ai disastri) e per il sistema (diversione o il blocco delle ambulanze, aumento dei tempi di attesa in PS).

1. Fattori determinanti/azioni per contrastare il sovraffollamento

I fattori che determinano il sovraffollamento sono:

- **in ingresso ("input")**: rilevante accesso di utenti al PS, per epidemie stagionali, insorgenza di nuovi bisogni assistenziali derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento del numero di pazienti complessi, dall'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura (tali bisogni assistenziali potrebbero trovare risposte adeguate già nell'ambito del contesto territoriale, attraverso gli strumenti della presa in carico all'interno di specifici percorsi assistenziali integrati tra territorio, ospedale e assetto domiciliare);
- **interni strutturali ("throughput")**: rallentamento dei percorsi interni al PS, in particolare delle fasi diagnostiche che necessitano della collaborazione dei servizi per l'attivazione di consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici strumentali, in particolare quelli di livello più avanzato (es. TAC).
- **in uscita ("output")**: difficoltà a ricoverare per indisponibilità di posti letto nelle U.O. di destinazione; prolungamento della durata di ricovero per ridotta efficienza dei servizi diagnostici intraospedalieri) o in caso di pazienti in condizione di fragilità socio-sanitaria (carenza PDTA intraospedalieri e integrati tra ospedale e territorio).

Le principali azioni per contrastare il fenomeno del sovraffollamento sono descritte nella tabella di seguito:

<p>Fattori di ingresso</p>	<p>Azioni centrate sull'integrazione con la rete dei servizi territoriali sanitari e sociali presenti a livello locale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizione per ciascun territorio di percorsi di "affidamento diretto" per la presa in carico da parte delle Unità Operative Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle stesse (es. pazienti oncologici- nefrologici-ematologici- supporto trasfusionale-urologici) ▪ Definizione per ciascun territorio di percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali con classe di priorità di tipo U (entro 72 ore) ▪ Implementazione presso ciascun PS di modalità strutturate per la gestione l'informazione/indirizzamento dei pz verso la rete dei servizi sociali sociosanitari per percorsi complessi ▪ Definizione per ciascun territorio di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent user" ▪ Definizione per ciascun territorio di percorsi condivisi tra ospedale e territorio per la gestione del "fine vita" con particolare riferimento ai pazienti in ADI e in strutture protette ▪ Realizzare e rafforzare i servizi territoriali e soprattutto la loro capacità di intercettare quanto sarebbe inappropriato nell'ambito del PS, incentivando la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) o anche di Case della salute e Ospedali di Comunità, Hospice. ▪ Attivazione di soluzioni volte a migliorare l'accessibilità ai servizi di continuità assistenziale, quali ad esempio l'attivazione del numero unico europeo 116117 ▪ Il sistema di emergenza territoriale, per ottimizzare la gestione dell'afflusso in PS, nel rispetto delle condizioni cliniche del paziente, dovrà tener conto dei livelli di affollamento, tramite l'opportuna assegnazione dei pazienti coinvolgendo anche i presidi ospedalieri limitrofi.
-----------------------------------	--	---



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<p>Fattori interni</p>	<p>Azioni centrate sul grado di complessità clinica espressa dal pz e sul relativo grado di intensità assistenziale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adozione di protocolli per la gestione di casi clinici specifici (es.: dolore toracico, ictus...); ▪ Adozione dei percorsi di <i>Fast Track</i> per prestazioni a bassa complessità; ▪ Monitoraggio dei tempi di esecuzione e refertazione degli esami radiologici, di laboratorio e delle consulenze, per incrementare il grado di efficienza della fase di processo; ▪ Individuazione di percorsi dedicati per le prestazioni specialistiche rivolte al PS, che devono essere separati da quelli rivolti ai pz degenti e ambulatoriali; inoltre, per garantire la tempestività di completamento dell'iter diagnostico in Pronto Soccorso, deve essere sempre specificato il livello di priorità; ▪ Adozione di strumenti di comunicazione (sistemi informativi) volti a condividere con i servizi ed il personale coinvolto i livelli di priorità e le informazioni sullo stato di avanzamento dei percorsi; ▪ Rilevazione dei carichi di lavoro e adeguamento delle risorse adottando anche modalità organizzative che consentano la flessibilità degli organici attivi in funzione del reale grado di attività del servizio nei periodi di prevedibile iperafflusso; ▪ Adeguamento della dotazione organica di personale anche in funzione del ruolo svolto nell'ambito della rete dell'emergenza- urgenza (Pronto Soccorso, DEA I livello, DEA II livello) e della presenza di strutture quali la Medicina d'urgenza, della Terapia sub intensiva, etc... ▪ Attuazione di strategie di "rinforzo temporaneo" del personale medico, infermieristico e di supporto.
<p>Fattori di uscita</p>	<p>Azioni mirate per lo più al ricovero tempestivo di pz che ne hanno indicazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del PS, al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio. ▪ Implementazione di un cruscotto in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o che si renderanno disponibili in tempi brevi. ▪ Pianificazione di un numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del PS, anche attraverso il monitoraggio della durata di degenza dei pz. ▪ Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione dai reparti anche nei giorni prefestivi e festivi, soprattutto a ridosso del fine settimana, almeno per quei pz che dispongano già o non richiedano un percorso di presa in carico a livello territoriale. ▪ Adozione di specifiche procedure organizzative aziendali e interaziendali che garantiscano il rapido back transfer dei pz dai centri Hub di riferimento ai centri Spoke, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pz. ▪ Definizione di accordi di rete con i presidi ospedalieri e/o cliniche, che non hanno ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza, per la disponibilità di posti letto per acuti e per post-acuti. ▪ Istituzione della stanza/area di ricovero ("Admission Room"), aree dell'ospedale ed esterne al PS, dedicate ai pz in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento. ▪ Definizione di percorsi che consentano, nelle situazioni più gravi, di rendere operativa la possibilità di ricovero in altro presidio ospedaliero, previa verifica della reale disponibilità del Posto Letto, e senza interferire significativamente con l'attività di accettazione dell'altro PS / Ospedale. ▪ Definizione di percorsi ambulatoriali post-PS per la presa in carico del pz al fine di garantire una dimissione sicura e una minore percentuale di re-ingressi in PS ▪ Ove non presente, si ritiene funzionale procedere alla implementazione del programma informatico gestionale di PS che consenta la visualizzazione in tempo reale di Posti Letto (ordinari e di terapia intensiva). ▪ Blocco temporaneo dei ricoveri programmati o non urgenti per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento. Inizialmente tale soluzione dovrà interessare le Unità Operative dell'area medica, compresa l'area medico-specialistica, e in seconda istanza le Unità Operative dell'area chirurgica. La sospensione dei ricoveri programmati nell'area chirurgica richiede azioni che implicano una complessità organizzativa notevole. Pertanto, tale blocco andrà attuato valutandone la compatibilità con il mantenimento dei tempi di attesa previsti per le attività chirurgiche programmate. A questo proposito, riveste particolare rilevanza strategica l'implementazione delle funzioni di Bed Management, orientate all'ottimizzazione dell'utilizzo della risorsa "posto letto" mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione (paragrafo 4).

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

2. Fattori di umanizzazione

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

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

Dovranno inoltre essere individuate soluzioni specifiche, anche strutturali, per garantire idonea accoglienza a persone in condizioni di fragilità, quali pazienti con agitazione psico-motoria, vittime di violenza, bambini, donne in gravidanza. Inoltre, dovrà essere garantita un'assistenza rispettosa degli specifici orientamenti culturali e religiosi di ciascuno. Particolare attenzione deve essere posta alla rivalutazione del paziente in attesa, fase fondamentale dell'attività di triage, in quanto permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale e consente, allo stesso tempo, di rassicurare il paziente e/o i familiari e gli accompagnatori sulle condizioni cliniche, in modo che la percezione dell'utente sia di una presa in carico continuativa. Al fine di consentire agli operatori sanitari di migliorare il livello di assistenza, è necessario attivare un sistema di monitoraggio delle azioni adottate per l'ottimizzazione degli aspetti sopra descritti.

3. Sviluppo del piano aziendale per la gestione del sovraffollamento

Gli Enti del SSR sono tenuti ad elaborare un Piano per la gestione del sovraffollamento PS. Tale adempimento formerà requisito di accreditamento istituzionale e potrà essere considerato utile ai fini del monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di risultato assegnati alle Direzioni strategiche. Elementi salienti del Piano sono:

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

Le modalità di "misurazione" del fenomeno devono essere uniformi in tutti i PS e basarsi su un set di indicatori statici e dinamici, la cui rilevazione deve essere effettuata in modo puntuale ed in tempo reale nell'intero arco delle 24 ore. Un ulteriore sviluppo è rappresentato dal calcolo di specifici algoritmi matematici che, tenendo conto delle stesse variabili, siano in grado di "fotografare" il livello corrente di sovraffollamento, consentendo una misurazione più oggettiva e riproducibile (*score*), superando la logica corrente del conteggio del numero degli accessi. I sistemi più validati in letteratura (NEDOCS, CEDOCS e SONET) differiscono per gli indicatori utilizzati e la loro aggregazione. L'ammodernamento dei sistemi informatici dei PS è ritenuto un elemento critico ai fini della corretta rilevazione degli indicatori e quindi dell'entità del sovraffollamento e, più in generale, rispetto alla necessità di disporre di informazioni utili per mettere in atto interventi migliorativi. Le possibili risposte del sistema da inserirsi nei piani aziendali andranno commisurate al livello di sovraffollamento rilevato, mediante il confronto con soglie di "criticità" predefinite. Per ogni PS dovranno essere definite delle soglie di affollamento o di affollamento grave per ogni singolo indicatore o *score*, in particolare per gli indicatori dinamici di impegno del sistema e per i tempi di attesa al ricovero. Il raggiungimento delle soglie di affollamento o di affollamento grave comporterà azioni di risposta in relazione a: attivazione di risorse aggiuntive per il PS, adeguamento del sistema ospedale, interventi sulla rete dei servizi. Inoltre, i piani aziendali dovranno prevedere strategie operative da attivarsi in relazione ai livelli di sovraffollamento riscontrati, che dovranno avere il più possibile un carattere di proattività, cioè essere volte a prevenire il passaggio a livelli di sovraffollamento o grave sovraffollamento. L'efficacia delle azioni è misurabile come la capacità dell'organizzazione di rimanere/ritornare nei range di "normalità".

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

Presso la Direzione Sanitaria degli Enti del SSR viene individuata una funzione aziendale di "facilitazione dell'attività di ricovero in emergenza-urgenza", attribuita a personale debitamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia. Tale funzione, in sinergia con il Dipartimento di Emergenza Urgenza e la Direzione Ospedaliera, garantisce stretta connessione con le altre funzioni deputate alla gestione dei flussi dei pazienti (*Bed Manager*, centrale dimissioni e trasporti, ecc.) e assicura:

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

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'istituzione della funzione del *Bed Management*, declinata in un regolamento che ne evidenzia le modalità organizzative e le relative attività, rappresenta un elemento di facilitazione nel processo di governo dei flussi del paziente in ospedale e rappresenta una funzione della Direzione Aziendale, tesa ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostici-terapeutici. Tale funzione rappresenta un'espressione di integrazione professionale medico-infermieristica nell'ambito di un team i cui componenti devono possedere una conoscenza approfondita dell'ospedale e delle esigenze operative, al fine di garantire la massima integrazione tra i percorsi di urgenza e quelli programmati. Tale funzione deve essere garantita con continuità nell'arco dell'intera settimana e devono definire con specifico atto il responsabile e il sistema di relazioni formalizzate (con Direzione medica, PS, UO e Servizi dell'azienda, Distretto sanitario e case manager, se presente). Sono di seguito declinate le azioni per facilitare, governare e verificare il flusso dei ricoveri:

- Gestire la risorsa "posto letto" (verifica in tempo reale della disponibilità dei posti letto; indicazione dei tempi di ricovero, attraverso un sistema di relazione continuo con le UUOO);
- Gestire il piano delle dimissioni (verifica della programmazione delle dimissioni e della continuità delle stesse, organizzazione di un sistema di dimissioni verso altri setting assistenziali).
- Facilitare i ricoveri da Pronto Soccorso e i trasferimenti dalle Unità Operative.
- Monitorare la durata della degenza dei pazienti, in collaborazione con la Direzione sanitaria
- Sviluppare un sistema di presa in carico precoce delle "dimissioni difficili" sin dal momento del ricovero;
- Monitorare i percorsi dei pazienti considerati "frequent user", anziani fragili e socialmente difficili.

Si dovrà prevedere un cruscotto per il monitoraggio dei posti letto e delle dimissioni in tempo reale che dovrà interfacciarsi con il sistema informativo del Pronto Soccorso. I dati di monitoraggio, pubblicati periodicamente on line, saranno visibili per le UO con l'obiettivo di promuovere una collaborazione tra tutte le strutture del presidio ospedaliero.

Viene altresì individuata la funzione operativa di "Emergency manager", da assegnare a personale adeguatamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia ha l'obiettivo di ottimizzare la gestione del percorso di cura in emergenza-urgenza dei pazienti all'interno delle varie aree del Pronto Soccorso, mediante le seguenti attività:

- mantenere una visione integrata del percorso del paziente, al fine di garantire il completamento del percorso clinico nei tempi stabiliti (facilitare il percorso tra le varie aree del PS; ottimizzare i percorsi durante la diagnostica, consulenze, prescrizione terapeutica, programma di controllo e rivalutazione, in particolare per le patologie tempo-dipendenti);
- facilitare le dimissioni a domicilio direttamente dal PS e l'inserimento dei pazienti in percorsi ambulatoriali aziendali;
- supportare la risoluzione di criticità interne al PS e monitorare le aree di PS con frequenti criticità.

4. Sistemi di monitoraggio

Gli Enti del SSR predispongono azioni di monitoraggio finalizzate all'attivazione del PGS:

- *Ex ante*: fornisce in tempo reale la situazione in PS; è opportuno che sia integrato all'applicativo utilizzato in PS per la gestione dei pazienti e accessibile al Servizio di Emergenza Territoriale per il governo degli invii nei diversi PS.
- *Ex post*: utilizza indicatori di processo e di esito interni al PS (Length of stay – tempo di permanenza totale in PS, % di pazienti che si allontana prima della visita, Tempo di attesa per il ricovero, Eventi avversi).

Inoltre, possono essere individuati indicatori statici (n° PL/barelle/box realmente presidiati in PS, n° PL dell'ospedale a cui si può accedere), dinamici di impegno di sistema (n° complessivo di pazienti in carico al PS, n° pazienti critici in carico in PS, n° pazienti in attesa di ricovero, n° pazienti in attesa di prima visita (in riferimento ai codici di priorità) e dinamici temporali (Tempo di attesa massimo per la prima visita, Tempo di attesa massimo al ricovero).

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