

“PORTA DELL’EMERGENZA”

**PROPOSTA DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO
PER LA PRESA IN CARICO ANTICIPATA
DEL PAZIENTE NEI PRONTO SOCCORSI
DEL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO
CON PARTICOLARE RIFERIMENTO
AL PROBLEMA DEL SOVRAFFOLLAMENTO
E ALLA GESTIONE DEI PAZIENTI FRAGILI
E CRONICI**

Indice

1. ABSTRACT.....	3
2. PREMESSA.....	4
3. IL QUADRO DI RIFERIMENTO.....	6
4. PROPOSTA DI PROTOCOLLI DI PRESA IN CARICO ANTICIPATA (PPCA).....	12
5. PROPOSTE PER I PAZIENTI DEFINITI FRAGILI O AFFETTI DA CRONICITÀ.....	15
6. CONCLUSIONI.....	18
7. BIBLIOGRAFIA.....	19

1. Abstract

Gli Ordini delle Professioni infermieristiche (OPI) lombardi con il supporto metodologico di SDA Bocconi hanno attivato alcuni tavoli tecnici volti a verificare il contributo che la professione infermieristica può fornire all'implementazione della LR 23/2015 e s.m.i.

Tra gli altri, in collaborazione con AREU, è stato attivato un tavolo tecnico per il miglioramento della presa in carico del paziente cronico e fragile che afferisce al sistema di emergenza urgenza dei Pronto Soccorso (PS) lombardi.

Il miglioramento della presa in carico di questa tipologia di pazienti non può prescindere da un miglioramento complessivo dell'attività all'interno dei PS, caratterizzati da sovraffollamento che determina lunghe attese per l'accesso alle cure.

Pertanto gli OPI propongono le seguenti azioni finalizzate a migliorare il modello di presa in carico del paziente nei PS lombardi e di conseguenza a ridurre i rischi dovuti al protrarsi di tale attesa, sia per il paziente che per l'operatore:

1. Costruzione di un modello di presa in carico anticipata basata su percorsi clinico assistenziali a gestione infermieristica per una efficace gestione della persona assistita, che prevede di:
 - adottare le linee guida delle principali società scientifiche del settore che, in linea con le migliori esperienze internazionali, intervengano a costruire un flusso di attività che renda "tempo utile" il "tempo di attesa" del paziente alla visita medica, riduca il tempo di presenza in PS e contribuisca all'identificazione di situazioni di rischio borderline (es. sepsi);
 - estendere l'esperienza, già consolidata in alcuni PS lombardi, dell'impiego di protocolli di presa in carico anticipata. Tali protocolli, condivisi con la componente medica, già oggi consentono al personale infermieristico di molte realtà lombarde di effettuare interventi e prestazioni prima della visita del medico di PS. Si tratta principalmente di prelievi ematochimici (ad esempio troponina nel dolore toracico), di richieste radiografiche per traumi senza in-

dicatori di gravità delle estremità mono distrettuali (ad esempio dita e mani, polso, gomito, spalla, piede, caviglia, tibio-tarsica, ginocchio) e di interventi volti al controllo di codificate sintomatologia (ad esempio dolore e ipertensione);

- estendere l'esperienza, già consolidata in alcuni PS lombardi, dell'impiego di percorsi fast-track per i pazienti che rientrano nei casi previsti. Si tratta di avviare il paziente direttamente alla consulenza specialistica (ad esempio alla visita dell'otorinolaringoiatra per otalgia o alla visita dell'oculista in caso di corpo estraneo) senza che debba attendere la visita del medico di PS;
- inserire nel sistema regionale di rilevazione dei flussi di attività di PS il "time to treatment" affinché si possa apprezzare l'efficacia del cambiamento proposto (che trasforma il tempo di attesa in tempo utile);

2. Introduzione di un percorso dedicato di presa in carico del paziente cronico e fragile attraverso l'integrazione con i diversi soggetti istituzionali che operano a vario titolo nel SSR lombardo. Ciò attraverso:

- il riconoscimento precoce dei pazienti fragili e cronici da parte degli infermieri di triage e l'attivazione degli specifici percorsi intraospedalieri;
- l'attivazione dei Gestori e Cogestori (nel caso del MMG) mediante l'istituzione di un flusso di segnalazioni relative ai pazienti cronici e fragili che impropriamente accedono al PS o che hanno subito un aggravamento del livello di cronicità.

2. Premessa

Gli OPI lombardi, partendo dalla riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale lombardo (LR 23/2015 e s.m.i.) hanno attivato con il supporto metodologico di SDA Bocconi, tavoli tecnici per ricercare soluzioni organizzative al fine di realizzare la presa in carico della persona, con particolare attenzione al paziente fragile e cronico. Tra gli altri, in collaborazione con AREU, è stato attivato un tavolo tecnico de-

nominato “Porta dell’emergenza” per il miglioramento dell’assistenza al paziente fragile ed affetto da patologie croniche che afferisce al sistema di emergenza urgenza dei PS lombardi. Gli esperti del gruppo di lavoro “Porta dell’emergenza” hanno elaborato una proposta, che valorizza le *best practice* già presenti sul territorio della Regione Lombardia, in linea con le evidenze scientifiche presenti nella letteratura di riferimento e in continuità con i processi di miglioramento adottati dalla Regione per la correzione degli effetti negativi dell’affollamento (*crowding*) e del sovraffollamento (*overcrowding*).

In particolare, il modello organizzativo proposto si sostanzia:

- nella declinazione di un processo di presa in carico anticipata basato su percorsi clinico assistenziali per una appropriata gestione della persona assistita, attraverso il governo dei tempi (riduzione e miglioramento del tempo utile), il governo dei flussi ed il governo dell’appropriatezza;
- nell’individuazione di un percorso dedicato di presa in carico del paziente fragile e cronico che favorisca l’integrazione con i diversi soggetti istituzionali che operano a vario titolo nel SSR lombardo.

Si ritiene che il modello organizzativo proposto possa generare importanti benefici in termini di riduzione del tempo di attesa in PS, del fenomeno del sovraffollamento e del conseguente contenimento dei rischi collegati all’attesa in PS sia per il paziente che per l’operatore. Inoltre si ipotizza che una più snella presa in carico del paziente impatti positivamente sul tasso di allontanamento (Guttman et al. 2011).

L’attività del gruppo di lavoro si è articolata nelle seguenti macro fasi logiche:

- *Analisi documentale e della principale letteratura scientifica di riferimento.* Sono stati analizzati i modelli di presa in carico dell’utente in PS presentati nei documenti delle principali Società scientifiche di riferimento (ANIARTI, SIMEU e ACEMC), di Agenas, del Coordinamento Nazionale Triage, di CittadinanzAttiva, degli OPI, nonché nelle delibere di realtà regionali italiane quali ad esempio Regione Emilia Romagna, Regione Toscana e Regione Veneto;
- *Analisi dello stato dell’arte nei PS in Regione Lombardia.* Sono stati mappati e analizzati i processi di presa in carico del paziente nei PS lombardi con attività

maggiore ai 25.000 accessi/anno (limite inferiore individuato dal DPR 27/03/1992 per la presenza della funzione triage nelle 24 ore) per l'individuazione delle eccellenze operative utili al contenimento dei tempi di attesa;

- *Confronto con realtà extraregionali di PS con consolidati modelli di presa in carico efficace;*
- *Definizione di una proposta per migliorare la presa in carico del paziente fragile e affetto da cronicità che giunge in PS anche attraverso l'introduzione di protocolli di presa in carico anticipata (PPCA).*

3. Il quadro di riferimento

Regione Lombardia dispone di oltre 100 PS distribuiti sul territorio ed inseriti in progetti di rete, formate da ospedali con diversi livelli di competenza specialistica per le patologie acute tempo-dipendenti, quali STEMI (infarto miocardico acuto con sopraelevamento del tratto ST), ictus e trauma maggiore, integrate con il sistema di emergenza-urgenza extraospedaliero. L'assistenza è garantita da quasi 5.000 tra infermieri, medici ed operatori di supporto, che lavorano h 24, sette giorni su sette. L'analisi dei flussi dell'utenza in entrata ai PS fornisce il seguente quadro (SIMEU & CittadinanzAttiva 2016 e PNE):

- in generale, si può attendere in media più di 240 minuti per un codice bianco, più
- di 300 minuti per un codice verde ed oltre 120 per il codice giallo.;
- i tempi massimi di attesa tra i tempi medi riscontrati per un primo accertamento nei DEA di II livello monitorati, si aspetta oltre tre ore per un codice bianco, due ore per un codice verde, circa un'ora per un codice giallo;
- la media dei cittadini in attesa di visita dopo il triage risulta più alta nei DEA di II livello;
- il 9% dei cittadini intervistati nei DEA ed l'11% nei DEA di secondo livello dichiarano di essere tornati presso la struttura di Emergenza Urgenza nelle ultime 72 h dalla loro dimissione.

- in Regione Lombardia meno del 50% dei pazienti con codice giallo che afferiscono ai DEA con più di 25.000 accessi l'anno hanno un tempo di attesa inferiore ai 15 minuti (Accessi PS per triage, PNE 2016).

I PS lombardi, quale area decisionale di diagnosi e cura, hanno visto nel tempo una dilatazione dei tempi di permanenza delle persone assistite in PS, per lo più conseguenti:

- da un lato, all'abbattimento progressivo dei posti letto ospedalieri disponibili (obiettivo fissato dalla legge 135/2012 è di 3,7 letti/1000 abitanti), che richiede un maggior livello di appropriatezza al ricovero, con un aumento delle prestazioni di PS per la definizione della diagnosi di ingresso (più dell'80% degli accessi in PS è dimesso in sicurezza, in linea con le attese);
- dall'altro, al mutato contesto demografico, che ha cambiato il *casemix* dei pazienti, con l'aumento dell'aspettativa di vita e della popolazione anziana con comorbidità. Il complesso case mix dei pazienti più critici e pluripatologici, anziani e grandi anziani (in aumento del 60% in 10 anni) che afferiscono al sistema di emergenza urgenza nelle strutture *hub*, rende difficile il rinvio sui centri *spoke* dopo i trattamenti di stabilizzazione;
- infine, alla percezione da parte del cittadino di una risposta territoriale non appropriata (per orari e tempi delle prestazioni) alle esigenze non emergenziali di salute. Ciò comporta la presenza di pazienti cronici che afferiscono alle strutture di emergenza urgenza per esprimere bisogni di salute determinati dalla loro cronicità che potrebbero essere prevenuti o trattati efficacemente sul territorio (ad es. per prestazioni quali, sostituzione di PEG, CV, iperglicemie, peggioramento di ulcere venose, dolore neoplastico o cronico, lesioni da pressione, LPD, disidratazione, terminalità).

Il sovraffollamento nei PS è causa di inefficienza, errori e mortalità (Chong et al. 2013), in quanto è responsabile di quasi il 20% degli eventi sentinella ospedalieri, tra i quali si sottolineano gli atti di violenza contro gli operatori (Raccomandazione 8/2007) indotto dall'allungamento della degenza media dei pazienti ricoverati (Voss et al. 2011).



La nuova normativa regionale che riorganizza gli erogatori di servizi alla salute è una spinta verso una presa in carico globale della persona con bisogni di salute che integra risposte tra ospedale e territorio, in un processo di passaggio dall'ospedale per "intensità di cure" all'ospedale a "cure integrate".

In questi anni molti PS hanno visto un ammodernamento strutturale ed organizzativo sulla spinta del management aziendale, che ha introdotto la possibilità di presa in carico anticipata del paziente da parte del personale infermieristico, interrompendo così l'attesa mediante l'applicazione di protocolli clinico assistenziali predefiniti per situazioni specifiche. L'implementazione di questo modello organizzativo ha contribuito a ridurre l'attesa del paziente alla visita medica e conseguentemente anche la permanenza complessiva in PS.

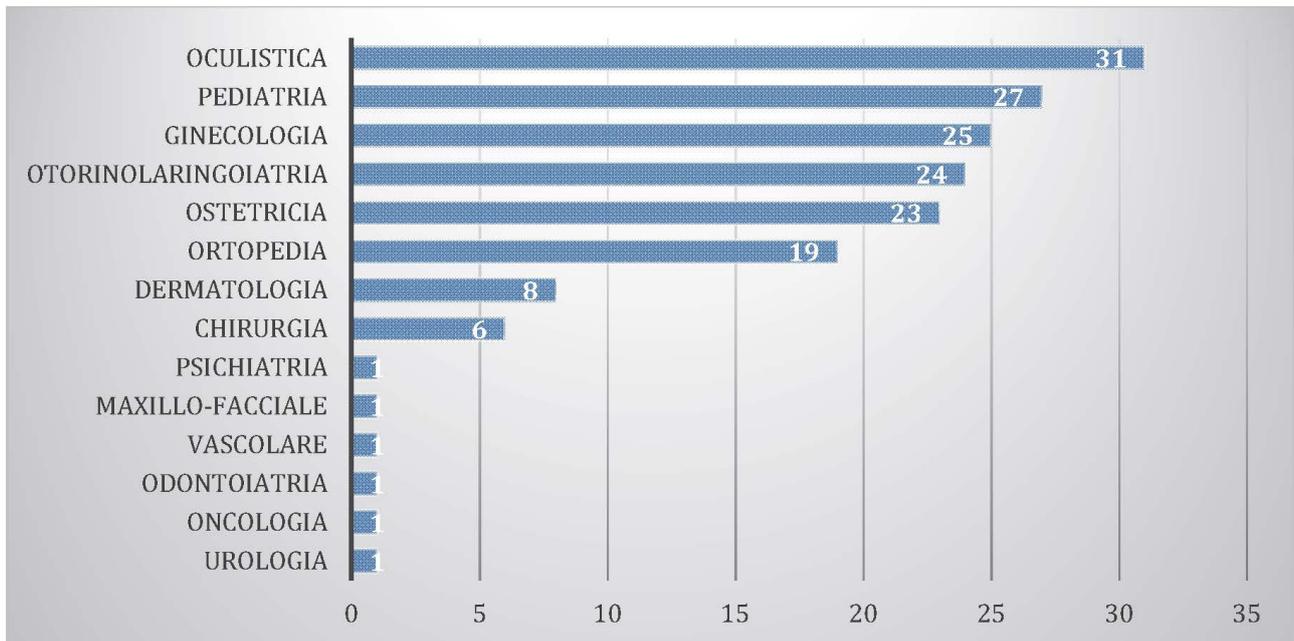
L'analisi¹ dei modelli di presa in carico adottati al 2017 nei 51 PS del SSR lombardo con oltre 25.000 accessi/anno, che coprono il 70% degli accessi annui al sistema dell'emergenza urgenza lombardo (2.549.417 accessi su un totale di 3.570.208 accessi nell'intera regione), ha presentato il quadro seguente:

- nella totalità dei PS lombardi è presente la figura dell'infermiere "triagista" che assegna il codice di priorità al paziente. Il modello di triage più diffuso è il cosiddetto "modello globale", che consiste in una valutazione olistica del paziente secondo una metodologia definita dal Gruppo Formazione Triage. Nei PS con oltre 40.000 accessi sono presenti due infermieri h12 dedicati al triage ed un infermiere nelle ore notturne. Nei PS che presentano più di 68.000 accessi sono presenti almeno due infermieri h24. Il 35% dei PS si avvale al triage di personale di supporto dedicato (amministrativo o OSS) nelle ore diurne.
- nel 69% dei PS analizzati esiste un percorso specifico per pazienti fragili e nell'8% per quelli cronici, che prevede che la visita medica sia anticipata rispetto agli altri utenti in attesa a parità di codice di priorità (codice colore specifico, lista prio-

¹ Analisi condotta nel 2017 dal tavolo tecnico "Porta dell'emergenza".

ritaria di accesso). Solo l'1,5% dei PS ha percorsi strutturati di presa in carico per pazienti fragili dall'ingresso in PS alla dimissione o al ricovero;

- il 75% dei PS analizzati è dotato di percorsi *fast track* quale strumento di presa in carico infermieristica. Tale strumento è diffuso soprattutto nei centri polispecialistici che fungono da hub provinciale per patologie di carattere specialistico non emergenziale. Le specialità dove maggiormente si assiste ad un invio diretto del paziente da parte del personale infermieristico risultano essere l'Oculistica, la Pediatria, la Ginecologia, l'ORL, l'Ostetricia, l'Ortopedia, la Chirurgia, come presentato in Figura 1.
- più di un terzo (33%) dei PS analizzati è dotato di protocolli specifici di *trattamento del dolore* attivabili direttamente dal personale infermieristico al termine del processo di triage;
- l'8% dei PS analizzati è dotato di protocolli specifici di *trattamento della iperpiressia* attivabili direttamente dal personale infermieristico al termine del processo di triage;
- circa un quarto (22%) dei PS analizzati è dotato di protocolli specifici di richiesta di *esami ematici* (per quasi 622.000 utenti nell'anno 2017) attivabili direttamente dal personale infermieristico terminato il processo di triage;
- il 12% dei PS è dotato di protocolli specifici di *proposta di esami di radiologia tradizionale* attivabili direttamente dal personale infermieristico terminato il processo di triage;
- nel 20% dei PS analizzati è prevista la figura del cosiddetto "infermiere flussista", per l'attivazione dei protocolli post triage e delle azioni atte a trasformare le attese dei pazienti da "passive" ad "attive";
- la totalità dei PS analizzati calcola, tramite supporto informatico, i tempi di attesa dell'utenza come "*time to doc*", anche in presenza di protocolli di presa in carico anticipata attivabili dal personale infermieristico. Questo indicatore non permette di valorizzare il modello di presa in carico anticipata in cui il paziente entra in un percorso assistenziale prima della visita medica.

Figura 1 – Specialità interessate dal fast track infermieristico.

Dall'analisi condotta si evince dunque la presenza in alcune realtà di PS della Regione Lombardia del modello cosiddetto di Triage Nurse Ordering (Rowe et Al. 2011) che utilizza protocolli di presa in carico anticipata (PPCA), che consentono all'infermiere flussista di iniziare a compiere interventi assistenziali tramite protocolli condivisi. Alcuni PPCA già presenti sul territorio lombardo sono ad esempio quelli creati per richiedere esami ematici, proporre radiografie ai medici radiologi o consulenze specialistiche. Il loro utilizzo consente di mettere "a valore" il tempo di attesa, trasformando l'attesa "passiva" in "attesa attiva", aumentare la sicurezza dei pazienti ed attivare percorsi idonei per tutti quegli utenti da percorso "tempo dipendente" che non riescono ad accedere alla visita medica in tempi brevi. La presa in carico precoce permette di abbattere i tempi totali di processo e di anticipare l'emersione di alterazioni non immediatamente evidenti; la stesura dei PPCA deriva dai protocolli di prestazioni già in uso nelle aree visita (quali ad esempio, i profili ematochimici standard per sintomo).

Da una ricerca condotta su quasi 8.000 pazienti presi in carico da infermieri flussisti (Bosco P. et al. 2016), si evince che il modello presenta outcome caratterizzato da:

- efficacia dei fast track;
- miglioramento della presa in carico;
- soddisfazione dell'utenza (numerosi encomi e nessun reclamo);
- riduzione degli allontanati dal 7% allo 0,2%;
- riduzione del tempo medio di permanenza in PS per singolo protocollo;
- identificazione precoce della morbosità non immediatamente emersa; tra cui urgenze addominali, sindrome coronarica acuta, insufficienza renale e sepsi.

Infine, si segnala come sia la Regione Veneto che la Regione Toscana abbiano già adottato linee di indirizzo regionale per la gestione uniforme dei flussi nei PS (Delibera Regionale Toscana 806/2017, DGR Regione Veneto 1888/2015), che prevedono come momento di inizio del processo la “presa in carico” infermieristica del paziente in PS.

Dato il quadro di riferimento, gli OPI propongono le seguenti azioni finalizzate a migliorare il modello di presa in carico del paziente nei PS lombardi e di conseguenza a ridurre i rischi dovuti al protrarsi di tale attesa, sia per il paziente sia per l'operatore, che vengono di seguito dettagliati:

- la costruzione di un modello di presa in carico anticipata basata su percorsi clinico assistenziali a gestione infermieristica per un'efficace cura della persona assistita (cfr. paragrafo 4);
- l'introduzione di un percorso dedicato di presa in carico del paziente cronico e fragile attraverso l'integrazione con i diversi soggetti istituzionali che operano a vario titolo nel SSR lombardo (cfr. paragrafo 5).

Le proposte sui PPCA (paragrafo 4) gestite da un infermiere specificatamente formato e dedicato e le proposte per i pazienti affetti da cronicità o fragili (paragrafo 5) sono una concreta risposta all'esigenza impellente di tutelare queste particolari tipologie di utenza, iniziando proprio da quelle strategie praticabili ed efficaci, che già sono state implementate (seppur in modo disomogeneo) nella nostra Regione. Questa tipologia di paziente potrebbe inoltre beneficiare di percorsi dedicati che, pur considerando i codici di priorità assegnati al triage, consentano una migliore gestione delle particolari esigenze.

4. Proposta di protocolli di presa in carico anticipata (PPCA)

Il modello proposto prevede l'introduzione di una modalità di presa in carico anticipata basata su percorsi clinico assistenziali a gestione infermieristica per una efficace cura della persona assistita, che prevede di:

- adottare le raccomandazioni delle principali società scientifiche del settore che, in linea con le migliori esperienze internazionali, intervengono a costruire un flusso di attività che renda “tempo utile” il “tempo di attesa” del paziente alla visita medica, riduca il tempo di presenza in PS e contribuisca all'identificazione precoce di situazioni di rischio;
- estendere l'esperienza, già consolidata in alcuni PS lombardi, dell'impiego di protocolli di presa in carico anticipata (PPCA). Come già sottolineato, tali protocolli, condivisi con la componente medica, già oggi consentono al personale infermieristico di molte realtà lombarde di effettuare interventi e prestazioni prima della visita del medico di PS. Si tratta principalmente di prelievi ematochimici (ad esempio troponina nel dolore toracico), di richieste radiografiche per traumi senza indicatori di gravità, mono distrettuali, delle estremità (ad esempio dita e mani, polso, gomito, spalla, piede, caviglia, tibio-tarsica, ginocchio) e di interventi volti al controllo di codificate sintomatologie (ad esempio dolore e iperpiressia);
- introdurre protocolli per permettere agli infermieri di erogare in autonomia in particolari situazioni alcune prestazioni (quali, ad esempio gestione di CV, di stomie e medicazioni complesse);
- introdurre in PS la figura dell'infermiere flussista, professionista adeguatamente formato dedicato alla presa in carico immediata delle persone, che dopo il triage, presentano condizioni o sintomatologie specifiche (quali, ad esempio, dolore addominale, dolore toracico, necessità di attivazione di uno specialista, necessità di accertamenti radiologici);
- estendere l'esperienza, già consolidata in alcuni PS lombardi, dell'impiego di percorsi fast-track per i pazienti che rientrano nei casi previsti. Si tratta di avviare in

sicurezza il paziente direttamente alla consulenza mono-specialistica (ad esempio alla visita dell'otorinolaringoiatra per otalgia o alla visita dell'oculista in caso di corpo estraneo) senza che debba attendere la visita del medico di PS;

- inserire nel sistema regionale di rilevazione dei flussi di attività di PS il “time to treatment” affinché si possa apprezzare l'efficacia del cambiamento proposto (che trasforma il tempo di attesa in tempo utile).

Tale proposta è coerente con quanto previsto dalla LR 23/2015, che promuove modelli organizzativi atti a garantire una assistenza integrata a tutela delle persone assistite, special modo croniche e fragili, oltre che a ridurre il numero dei ricoveri impropri e i tempi di degenza nelle strutture dedicate ai pazienti con patologie acute. Si ritiene che l'adozione di questo modello di “presa in carico” da parte dell'infermiere sia a tutela, in particolare, dei pazienti affetti da patologie croniche che accedono ai PS. Il modello proposto parte dalle esigenze delle persone assistite, tenendo conto della loro unicità e complessità. L'applicazione di PPCA consente una più efficiente e sicura permanenza presso il PS, anticipando l'evidenza di stati patologici e migliorando l'outcome complessivo. Tali protocolli infatti hanno l'obiettivo di consentire l'individuazione del problema assistenziale ed iniziare nel più breve tempo possibile il trattamento adeguato al bisogno assistenziale e di salute presentato.

Il PPCA, determinato dalla sintomatologia/condizione clinica del paziente che accede al PS, è strutturato allo scopo di anticipare un cluster di prestazioni predefinite, (standardizzate anche in base ai dati storici), finalizzate ad acquisire elementi necessari alla diagnosi, che resterà comunque saldamente affidata al personale medico della struttura, e ad iniziare alcuni trattamenti necessari in particolari situazioni codificate. I PPCA si possono quindi considerare metodi di assistenza “avanzata” che migliorano la “presa in carico” facilitando la gestione di particolari situazioni clinico assistenziali e riducendo sensibilmente il tempo di permanenza della persona assistita in PS.

I protocolli che vengono presentati in allegato, a scopo esemplificativo, sono i seguenti (cfr. Allegati):

- analgesia;
- anemia;

- dispnea;
- dolore addominale;
- dolore toracico;
- epistassi;
- frattura di femore;
- iperpiressia;
- ritenzione acuta di urina;
- trauma minore.

I PPCA proposti derivano da linee guida e protocolli già in uso nei PS della Regione Lombardia o a livello nazionale e sono quindi basati sulle buone pratiche, sulla letteratura scientifica e sull'analisi dei dati storici relativi agli accertamenti previsti per la specifica situazione. La presa in carico precoce da parte del flussista interrompe di fatto uno dei momenti di rallentamento del percorso del paziente in PS trasformando l'“attesa passiva” in “attesa attiva” e favorendo il raggiungimento del gold standard del processo di PS entro sei ore (Carta dei Diritti al Pronto Soccorso, SIMEU & Cittadinanza Attiva 2016). Con l'introduzione dei PPCA, la permanenza in PS da parte dell'utenza viene percepita come “tempo utile” all'analisi e alla risoluzione del problema presentato e non come “tempo d'attesa”, prevenendo le situazioni di tensione tra utenti ed operatori che risultano sempre più frequenti e pericolose nei PS. La presa in carico mediante PPCA prevede la presenza di un infermiere esperto di PS che, a seguito di adeguata e specifica formazione, sia abilitato all'applicazione dei protocolli assistenziali standardizzati definiti per la propria struttura.

È utile che il processo di introduzione dei PPCA nei PS in cui non siano già attivi, segua le seguenti fasi logiche:

- individuazione dei PPCA che si intendono attivare;
- elaborazione dei PPCA da parte di un gruppo di lavoro multidisciplinare;
- condivisione dei PPCA con tutta l'equipe del PS;
- approvazione delle Direzioni Medica e Infermieristica;
- identificazione degli infermieri da coinvolgere nella sperimentazione dei PPCA (selezionati in base alle competenze dai coordinatori infermieristici);

- predisposizione di un percorso formativo abilitante (in relazione alla scelta dei PPCA);
- eventuale adeguamento del sistema informatico in uso;
- eventuale adeguamento degli spazi in PS;
- individuazione degli indicatori di processo e risultato;
- avvio e monitoraggio della sperimentazione.

Al fine di monitorare il processo di introduzione del modello proposto, vengono presentati nei PPCA allegati alcuni indicatori.

La disponibilità di un adeguato supporto informatico è requisito importante per permettere di “codificare in tempo reale” le persone prese in carico con i PPCA, registrare le prestazioni erogate e consentire così l’extrapolazione dei dati finalizzati a tracciare il percorso e verificare i risultati della sperimentazione.

In sintesi, dunque, la strategia proposta tende ad uniformare a livello regionale il sistema di triage, il programma informatico utilizzato nei PS, le linee guida di trattamento e presumibilmente a centralizzare la formazione, al fine di ottenere “un modello lombardo” per la gestione dei pazienti in PS a cui sia possibile agganciare i PPCA validati e condivisi nei PS.

5. Proposte per i pazienti definiti fragili o affetti da cronicità

Nodo centrale della recente normativa regionale (LR 23/2015, DGR X/6164/2017 e DGR X/6651/2017) è la “presa in carico” delle persone con particolari cronicità e fragilità da parte dei servizi preposti, in particolare quelli di nuova istituzione. Il modello proposto prevede dunque l’introduzione di un percorso dedicato al paziente cronico e fragile afferente ai PS, allo scopo di consentire una precoce presa in carico nonché una rapida ed efficace risposta assistenziale attraverso l’integrazione con i diversi soggetti istituzionali che operano a vario titolo nel SSR lombardo.

Ciò attraverso:

- il riconoscimento precoce dei pazienti fragili e cronici da parte degli infermieri di triage e l'attivazione degli specifici percorsi intraospedalieri;
- l'identificazione degli elementi che facilitano il processo di presa in carico e la definizione delle modalità operative per la segnalazione dei pazienti fragili e cronici ai servizi preposti (definizione del setting di cura più idoneo);
- l'attivazione dei gestori e cogestori (nel caso del MMG) mediante l'istituzione di un flusso di segnalazioni relative ai pazienti cronici e fragili che accedono al PS.

Per questo è necessario:

- intercettare i pazienti affetti da patologia cronica delle classi 1, 2 e 3 dei cinque livelli di stratificazione dei bisogni (D.G.R. X/6164 30 gennaio 2017 e D.G.R. X/6651 del 4 maggio 2017), già dall'accesso in PS per favorire l'inserimento di questi pazienti nella rete dei servizi;
- definire modalità operative per la segnalazione e presa in carico da parte dei soggetti istituzionali e dei servizi (in particolar modo i soggetti deputati al trattamento delle fasce 2-3-4-5) preposti per la gestione delle specifiche cronicità, l'eventuale re-inquadramento del PAI o l'identificazione e la presa in carico di nuovi pazienti cronici.

L'individuazione del paziente cronico/fragile può avvenire soltanto attraverso l'integrazione operativa e informativa con i diversi soggetti istituzionali che operano a vario titolo nel SSR Lombardo. Fondamentale è dunque la predisposizione di un sistema informatico in collegamento con i data base regionali e delle ATS in modo da creare un flusso bidirezionale, che permetta fin dal momento del triage, di identificare i pazienti affetti da patologia cronica con la relativa categorizzazione e l'identificativo dell'eventuale "gestore". Ciò anche al fine di trasmettere loro le nuove o mutate esigenze di salute dell'assistito. L'attivazione del modello necessita inoltre l'istituzione di tavoli permanenti sul tema tra i responsabili del PS e le direzioni dell'ASST e ATS, coinvolgendo per situazioni particolari, gli enti locali e le associazioni di rappresentanza dei malati.

Allo scopo di rendere operativo il modello proposto di "presa in carico" in PS di pa-

zienti cronico/fragili per episodi acuti attinenti o non attinenti alla cronicità sono necessari alcuni interventi specifici, declinati nel Box 1.

Box 1 - Proposte di interventi.

- Creazione di codici di dimissione specifici per quantificare e recuperare i casi transitati in PS (accessi ripetuti) ed in particolar modo per i pazienti con fragilità economica, sociale, disabilità.
- Definizione della priorità al trattamento (a parità di codice) per grandi anziani/ gravi disabili/ gravide/ bambini di età inferiore a 8 aa/ pazienti con disturbi del comportamento.
- Attivazione di percorsi specialistici, anche esclusivamente infermieristici in PS per i pazienti fragili e cronici portatori di bisogni assistenziali.
- Apertura di ambulatori infermieristici (TID) per l'erogazione di prestazioni a completa gestione infermieristica (quali, ad esempio il riposizionamento di catetere vescicale a permanenza, il trattamento di abrasioni e ferite di lieve entità, l'esecuzione di controlli programmati in dimissione precedente da PS), per garantire ai pazienti fragili e cronici punti di riferimento territoriali almeno h 12.
- Progettazione ed erogazione di percorsi formativi per il personale infermieristico dei PS sulla tematica specifica della presa in carico, con presentazione da parte della ATS dei percorsi attivi e descrizione dei servizi presenti sul territorio.
- Integrazione del sistema informativo del PS con dati relativi alla presa in carico e riferimenti del gestore utili alla tracciabilità del paziente cronico.
- Identificazione di un infermiere responsabile della verifica delle comunicazioni delle condizioni dei pazienti al gestore di riferimento.
- Raccordo tra PS e servizi messi a disposizione da parte dei gestori (in particolare se il paziente accede al PS dell'ente gestore sarà previsto, ove possibile, un contatto diretto al servizio di riferimento).

Per quanto riguarda i possibili flussi di comunicazione dall'infermiere, si veda la casistica ipotizzata nel Box 2.

Box 2 – Casistica delle tipologie di pazienti e flusso di comunicazione.

- Paziente cronico con Gestore - comunicazione relativa all'accesso in PS al Gestore e al MMG.
- Paziente cronico senza Gestore - comunicazione relativa all'accesso in PS al MMG e ATS. (ipotizzare la costruzione di un punto di presa in carico a livello di ATS per il contatto con il paziente o caregiver per la verifica).
- Paziente cronico con o senza Gestore, se ricoverato (anche in regime di Osservazione Breve Intensiva) - comunicazione a ATS, MMG, Gestore (se individuato) per rivalutazione del PAI.
- Paziente con episodi acuti ricorrenti conseguenti all'inadeguata gestione della patologia cronica correlati a condizioni di disagio socio economiche: comunicazione ai servizi sociali ospedalieri per segnalazione ai servizi territoriali.
- Paziente con disagio sociale o psicosociale che manifesta incapacità di autosufficienza: comunicazione al Centro servizi e/o ai servizi sociali.
- Paziente in fase terminale di malattia: comunicazione al Centro Servizi per inserimento nella rete cure palliative (o altro riferimento individuato dalla ATS).

6. Conclusioni

Il PS rappresenta la naturale porta di accesso per i cittadini ai servizi ospedalieri in regime di urgenza/emergenza e il luogo dove i cittadini si rivolgono per la tutela del loro bisogno di salute in situazioni di urgenza soggettiva che non trova altrove risposta soddisfacente. Le esperienze internazionali, tra cui quella statunitense, evidenziano come il sistema d'emergenza urgenza stia diventando sempre più un catalizzatore

anche per i pazienti fragili e cronici con difficoltà ad accedere ai servizi sanitari territoriali che, ad oggi, sembrano non soddisfare efficacemente le aspettative della popolazione, generando il fenomeno del sovraffollamento.

Tra i fattori modificabili che intervengono nella gestione del sovraffollamento l'infermiere, grazie alla sua formazione universitaria e post universitaria, si pone come risposta ideale ad alto valore aggiunto, già inserito attivamente nell'organizzazione dei flussi di PS, nella risposta autonoma o in equipe alle esigenze assistenziali sociali ed educative che i pazienti fragili e cronici (ma non solo) esprimono.

Dalle esperienze lombarde si evince come l'infermiere abbia ampiamente già dimostrato di saper coniugare la capacità di identificare i percorsi necessari all'utente con l'utilizzo delle risorse per gestire adeguatamente le diverse richieste di salute di chi afferrisce al PS. Tutto questo guidato dai PPCA e dalla formazione specifica, nonché dall'esperienza e dalla competenza maturata nel tempo. Sembra dunque giunto il momento di estendere a tutte le realtà lombarde le stesse possibilità operative, attraverso l'implementazione regionale di un modello organizzativo che consenta all'infermiere in PS una presa in carico anticipata, non solo nei confronti del paziente fragile e cronico, ma di tutti gli utenti che si rivolgono al sistema dell'emergenza urgenza. Ciò a garanzia della qualità, dell'efficacia, dell'economicità e della sicurezza delle prestazioni erogate in collaborazione con le altre figure professionali presenti in PS osservando quanto previsto dal SSN e dal SSR con maggiore attenzione al rispetto dei LEA e alla raccomandazione del Ministero della Salute n. 15/2013.

7. Bibliografia

SIMEU & Cittadinanza Attiva (2016), Lo stato di salute dei Pronti Soccorsi Italiani.

Bosco P., Marta C., Passeri O. e Pecorino M. (2016) Da regolatore del flusso a keystone: le nuove core competence dell'infermiere, Conference proceeding, X congresso Nazionale SIMEU.

Guttmann A, et al. (2011), Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *British medical Journal* 342: d2983.

Chong, C. P., Haywood, C., Barker, A. and Lim, W. K. (2013), Emergency Department length of stay and mortality. *Australasian Journal on Ageing*, 32: 122-124.

Voss, S., Lloyd, T., Caldwell, N., Bengner, J. (2011), Violence in the emergency department, *British Journal of Hospital Medicine*, (72)12: 484-485.

Ministero della Salute (2007) Raccomandazione n. 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.



Il documento è frutto del lavoro dei seguenti partecipanti al tavolo tecnico:

Jacopo Cameroni *Infermiere Pronto Soccorso DEA, Ospedale A. Manzoni, ASST Lecco;*
Elena Cavadini *Infermiera Pronto Soccorso DEA, Ospedale Sant' Antonio Abate Cantù, ASST Lariana;*

Lucia Colombi *Dirigente delle Professioni Infermieristiche Azienda Regionale Emergenza/Urgenza, AREU;*

Matteo Cossi *Infermiere Pronto Soccorso EAS, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia;*

Luigi Daleffe *Coordinatore Pronto Soccorso EAS, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo;*

Anna Laura Di Leone *Coordinatrice Pronto Soccorso DEA, Ospedale di S. Antonio Abate Gallarate, ASST Valle Olona;*

Marco Forni *Infermiere Pronto Soccorso DEA Ospedale di S. Antonio Abate Gallarate, ASST Valle Olona;*

Massimo Franzin *AREU Azienda Regionale Emergenza Urgenza, SOREU dei Laghi - AAT di Como;*

Giorgio Gadda *Coordinatore Pronto Soccorso DEA, ASST Rhodense, Rho;*

Marco Ghidini; *infermiere Pronto Soccorso EAS, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo;*

Monica Ghinaglia *Coordinatrice Pronto Soccorso EAS, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano;*

Claudia Mantoan; *Coordinatrice Pronto Soccorso DEA, Ospedale di Crema, ASST Crema;*

Emanuele Piva; *Responsabile di Area Dipartimentale del DEA Ospedale Carlo Poma, ASST Mantova;*

Claudio Ronzani *Coordinatore Pronto Soccorso DEA P.O. Garbagnate Mil.se, ASST Rhodense;*

Marco Torriani; *Infermiere Soccorso Sanitario Spedali Civili Brescia, ASST Brescia;*

Tonino Trinca *Colonel; Ufficio Infermieristico, Presidi di Sondrio e Sondalo, ASST Valtellina Valchiavenna;*

Laura Zoppini *Direttore professioni sanitarie e sociali ASST Rhodense.*



Si ringraziano i colleghi dell'AUSL di Modena, dell'ASST di Brescia, dell'ASST di Vimercate, dell'IRCCS Policlinico di Milano che hanno prestato tempo e dedizione alla condivisione dei protocolli e delle modalità operative di gestione dei flussi di pazienti all'interno dei PS. Si ringraziano inoltre le ASST lombarde e l'AREU che hanno collaborato attivamente al progetto.

Si ringrazia infine Monica Guzzetti dell'azienda Sinergie Grafiche S.r.l. per il prezioso supporto fornito per l'impaginazione del testo.

PROTOCOLLI DI PRESA IN CARICO ANTICIPATA

**RAPPRESENTAZIONE
GRAFICA
DEGLI ALGORITMI**



1 analgesia

2 anemia

3 dispnea

4 dolore addominale

5 dolore toracico

6 epistassi

7 frattura di femore

8 iperpiressia/febbre

9 ritenzione acuta di urina

10 trauma minore



<p style="text-align: center;">1</p>	<p>NUMERO PROGRESSIVO DELL'ALGORITMO TRATTATO O DEL RIMANDO ALL'ALGORITMO DI RIFERIMENTO > NEL CASO DI UTILIZZO DI PIU' ALGORITMI SU UN UNICO PAZIENTE</p>
<p style="text-align: center;">ANALGESIA</p>	<p>TITOLO DELL'ALGORITMO > CORRISPONDE AL SEGNO E/O SINTOMO PRINCIPE CHE, DOPO UN'ATTENTA VALUTAZIONE DI TRIAGE, IL PROFESSIONISTA INFERMIERE ATTIVA IN AUTONOMIA SU PROTOCOLLI SPECIFICI</p>
<p style="text-align: center;">VALUTAZIONE DEL PAZIENTE</p>	<p>DOPO UN'ATTENTA VALUTAZIONE, IL PROFESSIONISTA INFERMIERE ESCLUDE QUALSIASI SEGNO E SINTOMO CHE POSSA CLASSIFICARE IL PAZIENTE COME CODICE DI GRAVITA' GIALLO/ROSSO</p>
<p style="text-align: center;">CRITERI DI INCLUSIONE - Persona con età ≥ 18 anni - Codice priorità</p>	<p>CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI ALL'INTERNO DELL' ALGORITMO</p>
<p style="text-align: center;">CRITERI DI ESCLUSIONE - Persona inferiori a 18 anni - Codice priorità</p>	<p>CRITERI DI ESCLUSIONE DEI PAZIENTI DALL'ALGORITMO</p>
<p style="text-align: center;">PRESENZA DI DOLORE</p>	<p>CONTIENE UNA DOMANDA CHE IMPLICA UNA SCELTA DI PERCORSO IN COMPLETA AUTONOMIA E RESPONSABILITA'</p>
<p style="text-align: center;">VALUTAZIONE INTENSITA' E CARATTERISTICHE DEL DOLORE</p>	<p>RISPOSTA AD UNA DOMANDA CHE IMPLICA UN'ULTIMA VALUTAZIONE</p>
<p style="text-align: center;">ESCLUSIONE PPCA ANALGESIA > NORMALE GESTIONE</p>	<p>RISPOSTA AD UNA DOMANDA CHE IMPLICA L'ESCLUSIONE DAL PPCA</p>
<p style="text-align: center;">PARACETAMOLO 500mg</p>	<p>RISPOSTA AD UNA DOMANDA CHE IMPLICA UN'AZIONE TERAPEUTICA O IL POSIZIONAMENTO DI UN PRESIDIO MEDICO/CHIRURGICO. OGNI AZIONE CONTRADDISTINTA DA QUESTO DIAGRAMMA DEVE ESSERE REGISTRATA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA COME DA PROTOCOLLO SPECIFICO</p>
<p style="text-align: center;">SEGNALARE AL MEDICO</p>	<p>RISPOSTA AD UNA DOMANDA CHE IMPLICA LA SOLLECITA ATTIVAZIONE DEL MEDICO DI GUARDIA E LA CONTESTUALE AZIONE TERAPEUTICA O IL POSIZIONAMENTO DI UN PRESIDIO MEDICO/CHIRURGICO</p>



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

CRITERI DI INCLUSIONE GENERALI

- Persona con età \geq 18 anni
- Codice priorità al triage verde o minore

CRITERI DI ESCLUSIONE GENERALI

- Persona con età < 18 anni
- Codice di priorità al triage giallo\rosso

**PREMESSA CLINICA
O PRIMO ESAME DA COMPIERE**

**DOPO UN'ATTENTA VALUTAZIONE > SI ESEGUONO DELLE AZIONI
TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE COME DA PROTOCOLLO
SPECIFICO**

**SI PORRÀ UNA SCELTA DA
COMPIERE IN BASE ALLE
CARATTERISTICHE DEL
PAZIENTE O AD ALTRI SEGNI E
SINTOMI RILEVATI**

SI

AZIONE OBBLIGATA ED URGENTE

NO

**DOPO UN'ATTENTA VALUTAZIONE > SI
ESEGUONO DELLE AZIONI TERAPEUTICHE O
DIAGNOSTICHE COME DA PROTOCOLLO
SPECIFICO**



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

CRITERI DI INCLUSIONE SPECIFICI

- Donna in allattamento
- Pazienti con dolore quantificabile e localizzabile
- Tempo stimato per la visita medica maggiore ai 15 minuti

CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI

- Donne in stato di gravidanza accertato o presunto
- Assunzione di antidolorifici inferiore alle 4 ore
- Dolore toracico NON traumatico

**PRESENZA DI DOLORE
QUANTIFICABILE
(NRS/VAS) E
LOCALIZZABILE**

SI

NO

**ESCLUSIONE PPCA
ANALGESIA >
NORMALE
GESTIONE**

**VALUTAZIONE
INTENSITA' E
CARATTERISTICHE
DEL DOLORE**

**HA ASSUNTO
PARACETAMOLO NELLE
ULTIME 4 ORE ?
E' ALLERGICO AL
PARACETAMOLO?
ASSUNZIONE >4 ore MA
INEFFICACE?**

NO

**PARACETAMOLO 500mg
+ CODEINA OS
oppure
PARACETAMOLO
1000mg EV o OS**

SI

**- ALLERGIA A FANS?
- TAO/NAO?
- PASTRINOPENICO E/O IRC
SEVERA?
- SANGUINAMENTO RECENTE?**

NO

FANS :
IBUPROFENE 400mg OS
oppure
DICLOFENAC 75mg IM
oppure
TORADOL 30mg IM

NOVESINA 3gtt > **ALGIA OCULARE**

SI

**TRAMADOLO 100mg
EV (in SF 250ml)
somministrazione lenta**

ATTENZIONE: LA SCELTA DELLA VIA DI SOMMINISTRAZIONE POTRA' DIPENDERE DALL'INTENSITA' DEL DOLORE E DALLE CARATTERISTICHE CLINICHE DEL PAZIENTE (ES. DISFAGIA, PZ NON COLLABORANTE; NAUSEA E/O VOMITO).

LA SCELTA DELLO SPECIFICO ANALGESICO DOVRA' TENER CONTO OLTRE CHE LA VAS/NRS ANCHE LA CARETTERISTICA DELLA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORE CENTRALE-VISCERALE, DOLORE PERIFERICO-EPIDERMICO)



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

CRITERI DI INCLUSIONE SPECIFICI

- Paziente con malattia cronica inviato dal gestore o da laboratorio

CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI

- nessuno

TUTTI I PAZIENTI CON RIFERITA O DOCUMENTATA
EMOGLOBINA Hb < 9gr/dL

- REPERIMENTO ACCESSO VENOSO PERIFERICO
- ESECUZIONE EMATOCHIMICI (EMOCROMO, FORMULA, E
PROFILO METABOLICO ALLARGATO)
- SE PAZIENTE IN TAO/NAO (AGGIUNGERE PT e PTT)

I REFERTI PRESENTANO
ESITI CON VALORI
ALTERATI SECONDO
PROTOCOLLO

SI

NO

SEGNALARE AL MEDICO E VERIFICARE LE
SUE INDICAZIONI SULLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA

INFORMARE IL MEDICO DELL'AVVENUTA REFERTAZIONE
REGISTRARE LA VALUTAZIONE SULLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA
RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN BASE AL PROTOCOLLO
SPECIFICO



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

**ELETTROCARDIOGRAMMA
A 12 DERIVAZIONI**
(se considerato "normale" continua attesa)

SE PAZIENTE CON NOTA **CARDIOPATIA ISCHEMICA** E/O **SCOMPENSO CARDIACO** E/O **BPCO** E/O **FEBBRE**

ESECUZIONE:

EMATOCHIMICI

(EMOCROMO, FORMULA, E PROFILO METABOLICO ALLARGATO,
SE PAZIENTE IN TAO/NAO PT e PTT)

EMOGASANALISI ARTERIOSA - RADIALE
(SE RITENUTO NECESSARIO)

RX TORACE

(ESCLUSE LE PAZIENTI CON PRESUNTO O ACCERTATO STATO DI GRAVIDANZA)

**I REFERTI PRESENTANO
ESITI CON VALORI
ALTERATI SECONDO
PROTOCOLLO**

SI

NO

**SEGNALARE AL MEDICO E
VERIFICARE LE SUE INDICAZIONI
SULLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

INFORMARE IL MEDICO DELL'AVVENUTA REFERTAZIONE
REGISTRARE LA VALUTAZIONE SULLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA

RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN BASE AL PROTOCOLLO
SPECIFICO



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO



PRESENZA DI DOLORE LOCALIZZABILE
ALL'ADDOME QUANTIFICABILE

CONSIDERARE LA POSSIBILITA' DI TRATTARE
IL DOLORE CON
PPCA ANALGESIA 1

1

**DOLORE
SOVRAPUBICO IN
DONNA <55 ANNI**

NO

SI

- REPERIMENTO ACCESSO VENOSO PERIFERICO;
- EMATOCHIMICI (EMOCROMO + PROFILO BIOCHIMICO +
FUNZIONALITA' EPATICA E RENALE, PCR + PT e PTT SE
TAO o NAO)

**CONSIDERARE INVIO IN PS
OSTETRICO/GINECOLOGICO**
**ALTRIMENTI ESEGUIRE IN AGGIUNTA
TEST DI GRAVIDANZA**

**I REFERTI PRESENTANO
ESITI CON VALORI
ALTERATI SECONDO
PROTOCOLLO**

SI

NO

**SEGNALARE AL MEDICO E
VERIFICARE LE SUE INDICAZIONI
SULLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

INFORMARE IL MEDICO DELL'AVVENUTA REFERTAZIONE
REGISTRARE LA VALUTAZIONE SULLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA
RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN BASE AL PROTOCOLLO
SPECIFICO



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

CRITERI DI INCLUSIONE

- Pazienti con dolore toracico atraumatico;

- **CHEST PAIN SCORE** <4
 - **ETA'** > 40 ANNI CON **FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE**
 (TABAGISMO, DIABETE, OBESITA', DISLIPIDEMIA, IPERTENSIONE ARTERIOSA,
 FAMILIARITA' DI PRIMO GRADO PER CAD);

- **ETNIA:** INDIA, PAKISTAN, BANGLADESH, SRI LANKA, FILIPPINE;

- NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO

ESEGUIRE:
**ELETTROCARDIOGRAMMA
 A 12 DERIVAZIONI**

ECG CON ALTERAZIONI DEL TRATTO
 ST O DEL RITMO? (STEMI, NSTEMI o
 BBsx non noto)
**VALUTAZIONE DEL MEDICO DI
 GUARDIA IN PS**

NO

SI

- POSIZIONAMENTO **CATETERE VENOSO PERIFERICO**;
 - ESECUZIONE PRELIEVI EMATICI (EMOCROMO,
 BIOCHIMICA, TROPONINA US);
 - SE PAZIENTE SCOAGULATO (TAO O NAO) AGGIUNGERE
 FATTORI DELLA COAGULAZIONE;
 - SE DISTRESS RESPIRATORIO LIEVE ESEGUIRE RX TORACE
 (ESCLUSE LE PAZIENTI CON PRESUNTO O ACCERTATO
 STATO DI GRAVIDANZA);

ASSEGNARE
CODICE DI GRAVITA' > GIALLO
ATTIVARE PERCORSO SCA/STEMI

I REFERTI PRESENTANO
 ESITI CON VALORI
 ALTERATI SECONDO
 PROTOCOLLO

SI

NO

SEGNALARE AL MEDICO E
 VERIFICARE LE SUE INDICAZIONI
 SULLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

INFORMARE IL MEDICO DELL'AVVENUTA REFERTAZIONE
 REGISTRARE LA VALUTAZIONE SULLA
 DOCUMENTAZIONE CLINICA
 RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN BASE AL PROTOCOLLO
 SPECIFICO



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

CRITERI DI INCLUSIONE SPECIFICI

- nessuno

CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI

- nessuno

A TUTTI I PAZIENTI CON SANGUINAMENTO IN ATTO

ESEGUIRE:
COMPRESSIONE DIRETTA ALLE NARICI
 SE INEFFICACE
TAMPONAMENTO ANTERIORE CON TAMPONE NASALE **RAUCOCEL/MEROCEL** IMBEVUTO
 DI **ACIDO TRANEXAMICO** >
 SE NON NOTE ALLERGIE > CO COMUNQUE SECONDO PROCEDURA SPECIFICA

PICCO IPERTENSIVO IN ATTO?

NO

- INSERIRE NEL PERCORSO **FAST-TRACK ORL** SE PREVISTO;
 ALTRIMENTI MONITORAGGIO
 PRESSIONE ARTERIOSA

SI

CONSIDERARE
 CODICE DI GRAVITA' > GIALLO

PAZIENTE IN TERAPIA
 TAO O NAO

NO

PROSEGUE OSSERVAZIONE CLINICA

SI

ESEGUIRE PRELIEVO EMATICO CON
EMOCROMO E PROFILO **PT E PTT**

IL SANGUINAMENTO SI
 ARRESTA O I REFERTI
 PRESENTANO ESITI CON
 VALORI ALTERATI SECONDO
 PROTOCOLLO?

NO

INFORMARE IL MEDICO DELL'AVVENUTA REFERTAZIONE REGISTRARE LA
 VALUTAZIONE SULLA DOCUMENTAZIONE CLINICA
 RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN BASE AL PROTOCOLLO SPECIFICO

SI

SEGNALARE AL MEDICO E VERIFICARE
 LE SUE INDICAZIONI SULLA
 DOCUMENTAZIONE CLINICA



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

tutti i pazienti con dolore alla mobilizzazione attiva o passiva della coscia, arto extra ruotato o con posizione antalgica obbligata, in seguito a trauma o anche spontaneamente nei grandi anziani, dove è forte la **probabilità che vi sia una frattura di femore > arto inferiore accorciato e/o extraruotato**

Richiedere ed inviare l'utente ad eseguire:
Posizionare **catetere venoso periferico** e **prelievo ematico per Emocromo, Metabolico allargato, PT / PTT**
Rx femore ed anca del lato interessato
Rx torace, ECG
Considerare posizionamento del catetere vescicale

SE NRS/VAS NON CONTROLLATA
CONSIDERARE **PPCA 1 ANALGESIA**

1

I REFERTI CONFERMANO
PRESENZA DI FRATTURA DI
FEMORE?

NO

SI

INFORMARE IL MEDICO DELL'AVVENUTA REFERTAZIONE
REGISTRARE LA VALUTAZIONE SULLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA

RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN BASE AL PROTOCOLLO
SPECIFICO

attivare l'ortopedico in consulenza e se ne
registra traccia sulla documentazione
clinica



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

PRESENZA DI UNA O PIU' DI QUESTE CONDIZIONI:

- qSOFA \geq 2
- EPATOPATIA e/o ALCOOLISMO;
- Insufficienza Renale Cronica;
- Cachessia o/e Anoressia;
- Grande anziano;
- Abuso di droghe;
- BPCO;
- Cardiopatia ischemica e/o SCC;
- Accidente cerebro vascolare;
- Malattie del tessuto connettivo;
- Portatore di device periferico/centrale;
- Demenza;
- Catetere vescicale a permanenza e/o nefrostomie;
- Splenectomia;

- Posizionare **catetere venoso periferico** e **prelievo ematico per Emocromo, Biochimica, Metabolico allargato, PT / PTT, lattati venosi**;
- Eseguire **stick urine**
- Se **distress respiratorio lieve** eseguire **Rx torace** (escludere le pazienti con stato di gravidanza presunto o accertato);
- Eseguire **ECG**

SE **TEMPERATURA CORPOREA > 38,0°C** >
IN PAZIENTI NON ALLERGICI A PARACETAMOLO e/o CHE NON ABBIANO ASSUNTO
PARACETAMOLO 1000mg NELLE ULTIME 4 ORE >
SOMMINISTRARE **PARACETAMOLO 1000mg EV/OS** CONSIDERARE INIZIO DI
INFUSIONE DI SOLUZIONE FISIOLÓGICA O CRISTALLOIDI

**I REFERTI PRESENTANO
ESITI CON VALORI
ALTERATI SECONDO
PROTOCOLLO**

SI

**SEGNALARE AL MEDICO E
VERIFICARE LE SUE INDICAZIONI
SULLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

NO

**INFORMARE IL MEDICO DELL'AVVENUTA REFERTAZIONE
REGISTRARE LA VALUTAZIONE SULLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA**

**RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN BASE AL PROTOCOLLO
SPECIFICO**



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

CRITERI DI INCLUSIONE SPECIFICI

- Pazienti con dolore ipogastrico e/o disagio, ischiuria paradossa, tenesmo vescicale, malfunzionamento di catetere vescicale a permanenza;
- Presenza di massa palpabile rotondeggiante a livello ipogastrico;
- Presenza di ostruzione del catetere vescicale a permanenza (nonostante lavaggio con soluzione fisiologica)

CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI

- Assenza di sintomi di allarme per RAU;
- Esame obiettivo infermieristico negativo;
- Ecografia non dirimente;

PRESENZA DI UNA O PIU' DI QUESTE CONDIZIONI:

- SINTOMI DI ALLARME PER LA RITENZIONE URINARIA
- DOLORE AL BASSO ADDOME E/O DISAGIO E/O INCONTINENZA URINARIA E/O DIFFICOLTA' O INCAPACITA' AD URINARE O A SVUOTARE LA VESCICA
- INTENSO DOLORE E/O AGITAZIONE;

ALLA VALUTAZIONE
INFERMIERISTICA
ECOGRAFICA E'
CONFERMATO IL GLOBO
VESCICALE

NO

ESCLUSIONE PPCA RAU >
TRATTARE SECONDO PPCA
5 DOLORE ADDOMINALE

5

SI

- POSIZIONARE CATETERE VESCICALE NORMALE
- QUANTIFICARE IL RISTAGNO VESCICALE (IN ml) E REGISTRARLO NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

NO

EMATURIA E/O
APPREZZABILI
SEDIMENTI/FRUSTOLI
IN VESCICA?

SI

- CONSIDERARE VARIAZIONE DI CODICE IN GIALLO
- POSIZIONARE CATETERE VENOSO PERIFERICO - ESEGUIRE EMATOCHIMICI (EMOCROMO + BIOCHIMICA E PT E PTT)
- SE FEBBRE > POSIZIONARE CATETERE VESCICALE SOLO DOPO VALUTAZIONE MEDICA

SI

FEBBRE E/O TAO/NAO?

NO

- POSIZIONARE CATETERE PER CISTOLUSI E INIZIARE CISTOLUSI
- ESEGUIRE EMATOCHIMICI (EMOCROMO)



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE > NESSUNA CARATTERISTICA PER CODICE GIALLO O ROSSO

CRITERI DI INCLUSIONE SPECIFICI

- Non segni di trauma maggiore
- Traumatismi delle estremità di recente insorgenza (entro le 24 ore);
- Segni clinici (regole di ottawa per articolazioni periferiche arti inferiori);

CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI

- Più di due distretti corporei interessati dal trauma;
- Donne in presunta o accertata gravidanza;

TRAUMATISMI DI
MASSIMO DUE DISTRETTI CORPOREI

IL DOLORE E'
CONTROLLATO
(NRS/VAS <3)?

NO

TRATTARE IL DOLORE
CON PPCA ANALGESIA 1

1

SI

INVIARE IL PAZIENTE CON RICHIESTA DI
RX DEI DISTRETTI INTERESSATI SECONDO
PROTOCOLLO SPECIFICO
(ESCLUSO DONNE IN PRESUNTO O
ACCERTATO STATO DI GRAVIDANZA)

I REFERTI SONO
POSITIVI PER FRATTURA
O ALTRO TIPO DI
LESIONE?

SI

NO

ALLERTA MEDICO SE
REFERTAZIONE POSITIVA
ed
INVIARE PAZIENTE IN
VALUTAZIONE ORTOPEDICA

INFORMARE IL MEDICO DELL'AVVENUTA REFERTAZIONE
REGISTRARE LA VALUTAZIONE SULLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA
RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN BASE AL PROTOCOLLO
SPECIFICO

BIBLIOGRAFIA

Analgesia

- Berthier F. Comparative Study of Methods of Measuring Acute Pain Intensity in an ED. *American Journal of Emergency Medicine*. 16(2):132-136
- Campbell P., Dennie M., Dougherty K. ed altri (2004). Implementation of an ED protocol for pain management at triage at a busy Level I Trauma Center. *Journal of Emergency Nursing*. 30:431-438.
- Ducharme J. (2000). Acute pain and pain control: state of the art. *Annals of Emergency Medicine*. 35:592-603
- Ducharme M.D. ed altri (2008). The influence of triage systems and triage scores on timeliness of ED analgesic administration. *American Journal of Emergency Medicine*. 26:867-873
- Jennings P.A., Cameron P., Bernard S. (2009). Measuring Acute Pain in the Pre Hospital Setting. *Emergency Medicine Journal*. 25:552-555
- Jensen Hjermstad M. ed altri (2011). Studies Comparing Numeral Rating Scales, Verbal Rating Scales and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptoms Management*. 41(6):1073-1093
- Mohan H., Ryan J., Whelan B., Wakai A. (2010). The influence of triage systems and triage scores on timeliness of ED analgesic administration. *Emergency Medicine Journal*. 27:372-375
- Knox H. ed altri (2007). Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. *The Journal of Pain*. 8(6):460-466
- Palermo P., Fagiani A., Bottino G. ed altri (2007). L'infermiere di triage nella gestione precoce del dolore acuto in Pronto Soccorso. *Emergency Care Journal*. 3:37-42
- Stefani F., Nardon G., Bonato R., Modenese A., Novello C., Ferrari R. (2011). La validazione della scala C-POT: uno strumento di rilevazione del dolore nei pazienti in terapia intensiva. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*. 30:135-143

Dispnea

- SIMEU: Medicina di Emergenza-Urgenza. Elsevier
- Tintinalli's: Medicina d'urgenza. Piccin
- NAEMT: AMLS, an assessment-based approach. Elsevier
- Italian Resuscitation Council: Advanced Life Support. IRC edizioni

Dolore addominale

- Azienda ospedaliera universitaria S. Martino Genova 2006
- Strategy to Reduce Emergency Department Wait Times in Newfoundland and Labrador 2012
- Indagine conoscitiva sul sovraffollamento dei P.S., Simeu 2017
- ACEP Task Force Report on Boarding Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions 2008
- Carta dei diritti del cittadino in P.S. Simeu-Cittadinanzattiva 2016
- Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department, David Ng
- A. Andreucci, N. Colamaria, N. Picchi, A. Merola, da "attesa passiva" ad "attesa attiva", il Modello di triage clinico avanzato, XXIX Congresso ANIARTI 2010
- O. Passeri "Attualità sul taskshifting in Sanità Pubblica", Congresso USSL Verona 2014, dati IRCCS Policlinico Ca' Granda, Milano
- J Emerg Med. 2013 Resident-initiated advanced triage effect on emergency department patient flow.

Dolore toracico

- G Ital Cardiol 2016; 17(6):416-446

Epistassi

- Viehweg T, Rogerson J, Hudson JW. Epistaxis: diagnosis and treatment. J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64:511-8.
- Gifford T, Orlandi R. Epistaxis. Otolaryngol Clin N Am. 2008; 41:525-36.
- Singer AJ, Blanda M, Cronin K. Comparison of nasal tampons for the treatment of epistaxis in the emergency department: a randomized controlled trial. Annals of Emergency Medicine. 2005;45(2):13

Frattura di femore

- ALLEGATO D.A. N. 2025/2015: Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore.
- Documento realizzato in collaborazione tra Assessorato della Salute, ASOTO, AAROI, ANMCO, SIMFER, FADOI, SIMEU, Cittadinanza attiva Norris R, Bhattacharjee D, Parker MJ.
- Occurrence of secondary fracture around intramedullary nails used for trochanteric hip fractures: A systematic review of 13,568 patients. Injury.
- 2011 Dec 3. 10. Parker MJ, Bowers TR, Pryor GA. Sliding hip screw versus the Targon PF nail in the treatment of trochanteric fractures of the hip: A randomised trial of 600 fractures. J Bone Joint Surg Br, 2012; 94(3):391-7.

Iperpiressia

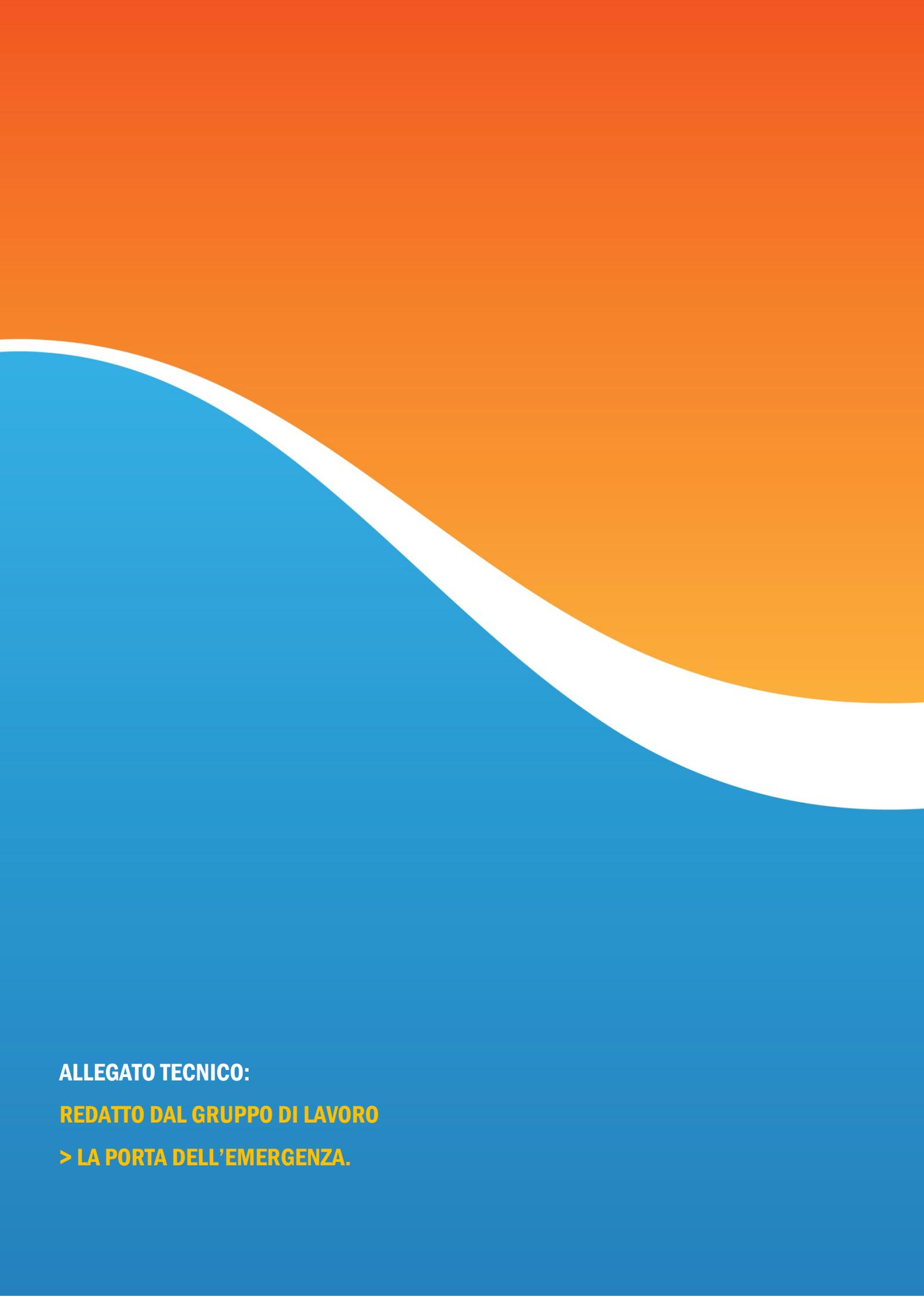
- Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med (2017) 43:304–377
- J Postgrad Med. 2015 Oct-Dec; 61(4): 235–242.
- CJEM 2017:S18-S27

Ritenzione acuta di urina

- Altshuler V, Diaz L. Bladder ultrasound MedsurgNurs 2006
- Romei L., Sabatini A, Biagioni C, (2007). Ecografia infermieristica nel cateterismo. Emergency care journal
- Frederickson M, NeitzelJJ, Miller EH, et al (2000). The implementation of bedside bladder ultrasound technology : effect on patient and coast postoperative outcomes in tertiary care.
- OrthopNurs 19, Frederickson M, NeitzelJJ, Miller EH, et al (2000). The implementation of bedside bladder ultrasound technology : effect on patient and coast postoperative outcomes in tertiary care. OrthopNurs 19

Generale

- Regione Lombardia L.R. 23/2015, “Evoluzione del Sistema socio sanitario lombardo”
- DGR X/6164 del 30 gennaio 2017 e X/6651 del 4 maggio 2017
- D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza"
- Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- Linee di indirizzo Regione Toscana: “Modello organizzativo per percorsi omogenei in P.S.”, 2017
- Documenti dell'agenzia Regionale di Sanità Toscana: “P.S.: spazi, processi, relazioni una visione unitaria”, n°94, giugno 2017
- Delibera Regione Veneto Dgr n°1888 del 23/12/2015 “Indirizzi tecnico organizzativi per il triage in P.S.”
- Delibera Regione Veneto Dgr. 1513 del 12 Agosto 2014
- Documento di consenso intersocietario, Coordinamento Nazionale Triage, Linee guida 2012
- American College of Emergency Physicians Task force report: Emergency Department Crowding: High- Impact Solution Aprile 2008,
- Regione Emilia Romagna: L'innovazione nella gestione delle cronicità raccolta di studi 2010/2011
- Raccomandazioni Intersocietarie Italiane (SIAARTI, SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, SICUT, IRC) sulla gestione del dolore in emergenza 2014
- Policy statement Società Italiana Emergenza Urgenza: Gestione del sovraffollamento in P.S., Novembre 2015



ALLEGATO TECNICO:

REDATTO DAL GRUPPO DI LAVORO

> LA PORTA DELL'EMERGENZA.