**Giovedì 08 NOVEMBRE 2018**
**Pronto soccorso. Ecco le proposte di riforma del ministero della Salute:** via i colori per il triage, arrivano nuovi codici numerici (da 1 a 5) con attesa massima di 4 ore. Dopo 8 ore obbligo di ricovero in reparto. Più spazio agli infermieri e particolare attenzione a bambini, donne e anziani (?)

**Si va dal codice 1 per contraddistinguere l’emergenza con la necessità di accesso immediato, al codice 2 per l’urgenza con accesso entro i 15 minuti, codice 3 per l’urgenza differibile con accesso entro 60 minuti, codice 4 per l’urgenza minore con accesso entro i 120 minuti, fino al 5 per la non urgenza con un accesso che dovrà avvenire entro i 240 minuti. Per le urgenze minori spazio al modello See and Treat con presa a carico da parte degli infermieri. Rivista anche l'organizzazione Obi: permanenza minima di 6 ore non potrà superare le 36 ore complessive. Le proposte del Ministero alla Regioni.**[***AGGIORNAMENTO TRIAGE INTRAOSPEDALIERO***](http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=208206.pdf)**,**[***AGGIORNAMENTO OBI***](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1956546.pdf)

Pronta la "rivoluzione" dei Pronto soccorso per contrastare il fenomeno ormai cronico del sovraffollamento e velocizzare la presa in carico dei pazienti. Si comincia dalle regole di accesso, mandando in cantina la codificazione per colori. Si passerà invece a dei codici numerici che vanno da 1 a 5 con l’obiettivo, in particolare, di “spacchettare” in due gradi di urgenza (il 2 e il 3) l’attuale codice giallo: uno relativo al paziente più a rischio, il quale dovrebbe essere d’ora in poi monitorato in modo più attento, l’altro relativo invece a chi è stabile e non rischia uno scompenso.

Si quantificano per la prima volta anche i tempi di attesa: si va dal codice 1 per contraddistinguere l’emergenza con la necessità di accesso immediato, al codice 2 per l’urgenza con accesso entro i 15 minuti, codice 3 per l’urgenza differibile con accesso entro 60 minuti, codice 4 per l’urgenza minore con accesso entro i 120 minuti, fino al 5 per la non urgenza con un accesso che dovrà avvenire entro un arco temporale di 240 minuti.

L'attesa in pronto soccorso non potrà superare in ogni caso le 8 ore. Dopo questa soglia temporale scatterà il ricovero in reparto, o presso l'Osservazione breve intensiva (Obi) oppure, in ultima istanza, il paziente verrà rimandato a casa e affidato alle strutture territoriali.

Spazio anche all'umanizzazione con la previsione di un maggiore confort nelle sale d'attesa, alla presa in carico del paziente e dei suoi famigliari da parte di personale ad hoc, così come ad un più attento monitoraggio di fenomeni quali la violenza a danno di minori, donne e bambini. Vengono, inoltre, aggiornate le linee guida anche per l'Osservazione breve intensiva.

Per mettere a punto tutto questo**il Ministero della Salute ha deciso di istituire un gruppo di lavoro**apposito presso la Direzione generale della programmazione sanitaria.

Uno schema di decreto ministeriale datato 26 settembre 2018 precisa che questo gruppo di lavoro sarà composto da:
**Dott. Andrea Piccoli**- Direttore Ufficio 3 - DGPROG - Ministero della Salute
**Dott.ssa Velia Bruno**- Ufficio 3 - DGPROG - Ministero della Salute
**Dott.ssa Maria Teresa Loretucci** - DGPROF - Ministero della Salute
**Dott.ssa Lidia Di Minco** - DGISS - Ministero della Salute
**Dott.ssa Elisabetta Santori** - DGISS - Ministero della Salute
**Dott.ssa Aida Andreassi**- Commissione Salute - Regione Lombardia
**Dott. Franco Aprà**- Commissione Salute - Regione Piemonte
**Dott. Anselmo Campagna** - Commissione Salute - Regione Emilia Romagna
**Dott. Alessandro Ghirardini**- AGENAS
**Dott. Angelo Lino Del Favero** - ISS
**Dott.ssa Maria Mancini**- Cittadinanzattiva
**Dott.ssa Maria Pia Ruggieri**- Cittadinanzattiva

Ma gli Uffici del ministero della Salute non hanno comunque atteso che il gruppo di lavoro si mettesse al lavoro (anche perché manca ancora l'ok formale della Stato-Regioni) e le linee portanti del progetto sono già state messe nero su bianco in due documenti redatti dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute che abbiamo potuto visionare e che pubblichiamo in allegato, sono datati al 27 settembre 2018.

Si tratta comunque di documenti preparatori e non definitivi. Fonti ministeriali ci hanno specificato infatti che quelle contenute nei due draft da noi pubblicati “sono al momento solo proposte, non ancora inviate all'attenzione della Stato Regioni”. E, in ogni caso, aggiungono dal ministero, “i componenti del gruppo di lavoro sono chiamati a lavorare, come specificato nel titolo del decreto che lo istituisce, sul tema del sovraffollamento nei Pronto soccorso che quindi va al di là dell'aspetto specifico delle linee di indirizzo elaborate per il triage e l'Obi”.

Una modalità di lavoro che lascia però perplesso il coordinatore nazionale di CIttadinanzattiva, **Tonino Aceti**, che, raggiunto telefonicamente da Quotidiano Sanità si è detto "stupito per come pare stiano circolando documenti già elaborati dal Ministero della Salute ai quali noi, fino ad oggi, non avevamo ancora mai avuto accesso. Auspichiamo che questi siano al più presto oggetto di valutazione da parte del gruppo di lavoro in fase di costituzione. In caso contrario, non comprendiamo l'utilità dello stesso tavolo". E lo stesso stupore ci è stato espresso anche da altri componenti del gruppo di lavoro.

Ma. al di là dei tempi e del metodo, cosa prevdeno i due documenti che dovrebbero dare gli indirizzi per una riforma del sistema dei Pronto soccorso italiani? Vediamoli punto per punto.

**Aggiornamento linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero**
In questo primo documento il Ministero della Salute sottolinea come, sulla base delle principali evidenze scientifiche internazionali, vi sia la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica già in uso basato su 4 codici di colore. **Si propone dunque di passare ad una sistema a 5 codici numerici di priorità**in modo da focalizzare l’attenzione sulle condizioni cliniche,**inserendo per la prima volta anche delle tempistiche precise per la presa in carico**: si va così dal **codice 1** per contraddistinguere l’emergenza con la necessità di **accesso immediato**, al**codice 2** per l’urgenza con accesso entro i **15 minuti**, **codice 3**per l’urgenza differibile con accesso entro **60 minuti**, **codice 4**per l’urgenza minore con accesso entro i **120 minuti**, fino al **codice 5** per la non urgenza con un accesso che dovrà avvenire entro un arco temporale di **240 minuti**.



Per accogliere i cittadini che arrivano al Pronto soccorso si reputa opportuno **formare, in qualità di counselor, più unità di personale**e di disporre di una funzione di psicologia aziendale che possa intervenire nelle situazione 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.

Si spiega poi che sarà possibile **prevedere nella sala d’attesa anche la presenza di personale laico volontario**, specificamente formato e autorizzato, attraverso appositi progetti. Questa funzione può essere svolta, ad esempio, da personale appartenente ad Associazioni di volontariato accreditate o da studenti provenienti da corsi di laurea in discipline umanistiche e sanitarie. Queste figure dovrebbero avere il compito di rispondere tempestivamente ai bisogno di informazione e accudimento del paziente e degli accompagnatori, fornendo indicazioni e raccogliendone segnalazioni.

**Organizzazione dei flussi di trattamento**
Al termine della valutazione l'infermiere, assegnato il codice di triage, può attivare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) più appropriato ottimizzando i tempi di presa in carico. Per l'attivazione dei flussi di trattamento, basati sui diversi livelli d'intensità di cura, viene raccomandato lo sviluppo di percorsi dedicati per Fast Track, See and Treat; patologie tempo-dipendenti (rete SCA, rete Stroke e rete trauma grave); e condizioni particolari (fragilità, vulnerabilità).

**Percorsi rapidi (Fast Track, See and Treat)**
Il See and Treat è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che si basa sull’adozione di specifici protocolli medico-infermieristici condivisi per il trattamento di problemi clinici preventivamente definiti. **Il paziente viene preso in carico in una determinata area del pronto soccorso dall’infermiere in possesso di formazione specifica** che applica le procedure previste da protocolli condivisi e validati, assicura il completamento del percorso e può essere specificamente **autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci**. Si tratta di un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica.

**Percorso pediatrico**
Si spiega come particolare attenzione dovrà essere dedicata alla rilevazione e al trattamento del dolore pediatrico. Per questo motivo, dovranno essere disponibili ed utilizzate, correttamente e costantemente, dall’infermiere addetto al triage le scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fasce d’età.

**Risorse umane**
La funzione del triage è propria dell'infermiere appartenente all'organico PS/Dea. Si spiega che l'organico del pronto soccorso deve avere una dotazione di personale infermieristico compatibile con il numero di accessi alla struttura, con la complessità delle patologie da trattare, tenendo conto anche della variabilità dei flussi giornalieri e stagionali. Nei **pronto soccorso con più di 25.000 accessi l'anno, la funzione di triage dovrà quindi essere svolta da infermieri dedicati a questa funzione in maniera esclusiva**. Per i pronto soccorso con un numero di accessi l'anno inferiore ai 25.000 la funzione di triage dovrà essere assicurata da un'unità infermieristica, dedicata o non.

Quanto alle grandi strutture ospedaliere, si dovrà prevedere un'unità infermieristica specificamente addetta alla rivalutazione e sorveglianza della sala d'attesa post triage, per svolgere in maniera appropriata il monitoraggio sulla potenzialità evolutiva e rassicurare i pazienti non ancora visitati.

Viene infine**raccomandata la presenza di una figura atta a garantire la sicurezza di visitatori e operatori.**

**Umanizzazione**
Spazio anche all’umanizzazione nella presa in carico dei pazienti all’interno del pronto soccorso. Il tempo di attesa, ad esempio, si spiega che potrà essere usato per trasmettere informazioni utili al paziente sull’esperienza che sta vivendo, sia come paziente che come accompagnatore. Si parla per questo di “attesa attiva” finalizzata al miglioramento degli aspetti di confort in sala d’attesa quali la presenza di opuscoli, tv, proiettori, diffusori musicali, distributori di cibo e bevande. Richiamata anche la presenza di display che permettano di conoscere in tempo reale il numero di postazioni impegnate, il numero di pazienti nelle sale visita o in attesa di ricovero, in modo da tenere aggiornati i pazienti non solo sul loro iter, ma anche sul carico complessivo di lavoro del pronto soccorso.
Si suggerisce, inoltre, la presenza di un referente per la gestione dei possibili conflitti con i pazienti in attesa di visita. Nelle strutture ospedaliere a più elevata complessità, si aggiunge che potrebbe essere prevista la presenza di uno psicologo nel pronto soccorso.

**Maltrattamenti su minori, donne e anziani**
Nel documento si spiega come, per quanto riguarda i minori, i dati nazionali che parlano di 3-6 casi ogni 1000 soggetti sono probabilmente sottostimati. Si aggiunge che un bambino con sospetto abuso dovrebbe essere inquadrato in tempi brevi mediante un approccio multidisciplinare per ridurre i tempi d’attesa e ottimizzare la condotta terapeutica. Viene dunque reputato opportuno che tutti i pronto soccorso, e non solo quelli pediatrici, applichino dei protocolli validati e condivisi per la gestione del bambino abusato.

Quanto ai casi di violenza contro le donne, l’infermiere di triage che ha ricevuto una formazione appropriata dovrà favorire il loro inserimento in un percorso dedicato di valutazione e trattamento appropriato con una presa in carico della vittima che garantisca anche tempi di attesa adeguati durante la permanenza nella struttura.

Infine, per gli anziani si spiega che l’infermiere di triage dovrà tener presente che il soggetto prova disagio o è timoroso nel denunciare delle situazioni di abuso anche per possibili ripercussioni. Si dovrà altresì tener conto del fatto che, proprio la senilità, così come i deficit sensoriali e altre alterazioni dello stato mentale rendono difficile la denuncia.

**Iter di pronto soccorso**
Il **tempo di permanenza in pronto soccorso del paziente si spiega che non dovrà superare le 8 ore** dal momento della presa in carico. In caso di superamento di questo limite, il medico di pronto soccorso dovrà effettuare il ricovero a carico dell’unità operativa di destinazione che, da quel momento, assume la completa responsabilità gestionale del paziente.

L’iter di pronto soccorso, potrà altrimenti concludersi con l’invio del paziente in **Obi**. In questo caso, la**durata non potrà essere inferiore alle 6 ore né superare le 36 ore** complessive dalla presa in carico del paziente in pronto soccorso.

In ultima istanza, una volta superate le 8 ore di attesa il paziente potrà essere **rimandato a casa, con affidamento alle strutture territoriali,** prevedendo, se necessario, il follow up presso strutture ambulatoriali.

**Aggiornamento linee di indirizzo nazionali Osservazione breve intensiva (Obi)**
L’Obi costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo.

Quanto alla **dotazione di postazioni Obi**si propone il criterio di **1 postazione ogni 5000 accessi al pronto soccorso**. Per l’**Obi pediatrica** si prevedono almeno 2 postazioni per ogni UO di pediatria o Pronto soccorso pediatrico, oppure **1 postazione ogni 4000 accessi in pronto soccorso**. Queste postazioni si sottolinea che non dovranno essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

Quanto alle **dotazioni di personale** si indica, per un modulo di 5-8 postazioni, la presenza minima di **un’unità infermieristica nelle 24 ore** e di **una medica per almeno 8 ore diurne non continuative**. Nelle ore notturne la presenza del medico è assicurata dal personale in servizio presso il pronto soccorso. Viene infine indicata la presenza di **un’unità di OSS nelle 12 ore diurne**, mentre nelle ore notturne questa risorsa potrebbe essere condivisa con il pronto soccorso.
Per dotazioni superiori a 9-15 postazioni, la dotazione di personale è proporzionalmente incrementata.

Almeno il 50% delle postazioni deve essere dotata di sistemi di monitoraggio emodinamico e respiratorio centralizzati collocati nell’area della postazione infermieristica.

**Dovranno poi essere presenti le seguenti apparecchiature:**
- carrello per l’emergenza
- monitor defibrillatore/stimolatore
- ventilatore meccanico
- dispositivi di somministrazione ossigeno nelle diverse situazioni cliniche
- elettrocardiografo
- pompe infusioni

**Dovranno inoltre essere disponibili nell’ambito del pronto soccorso:**
- ecografo pluridisciplinare
- emogasanalizzatore

**Formazione di base**
Il personale sanitario che opera in Obi dovrà avere una formazione specifica relativa ai criteri di ammissione o esclusione da queste strutture. Questa formazione dovrà essere realizzata tramite corsi residenziali teorico-pratici, volti a favorire l’attività di equipe. La formazione continua realizzata mediante lo strumento dell’audit di carattere clinico e organizzativo sarà 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.