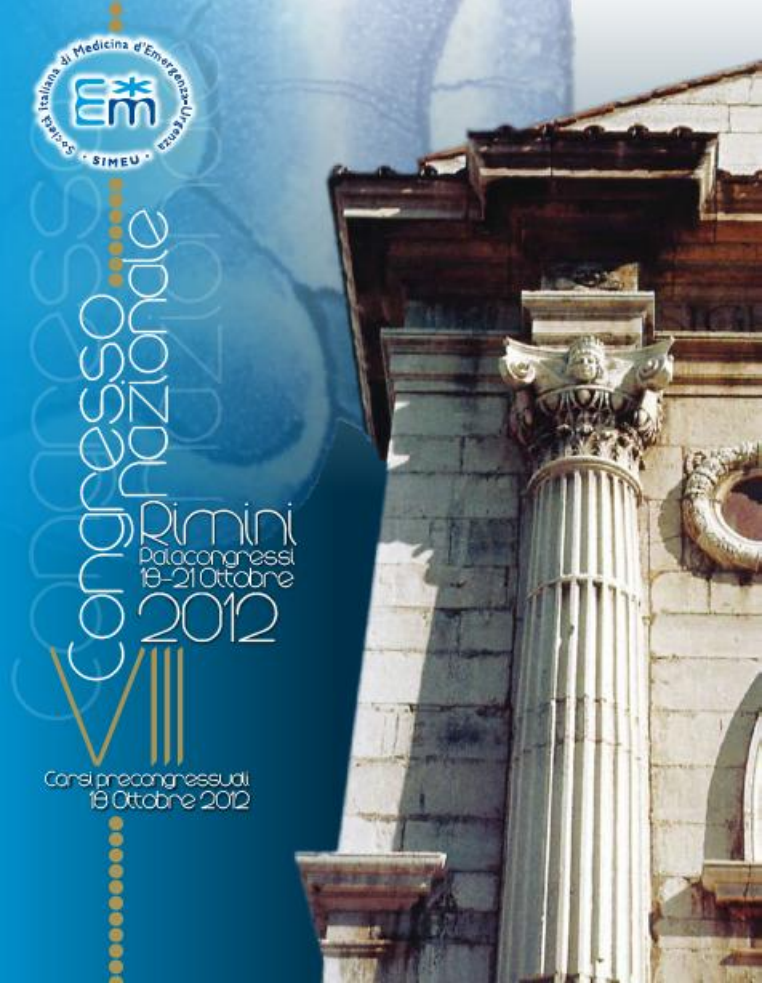


SALA DEL TEMPIO 1 17.00 - 18.15

UPDATE SUL TRIAGE

Moderatori: M. Chiesa, A. Rosselli

società italiana medicina d'emergenza-urgenza

I numeri e il fattore umano

DEA II livello

Direttore: Dott. G. Cerqua

Azienda Ospedaliera

San Giovanni Addolorata - Roma

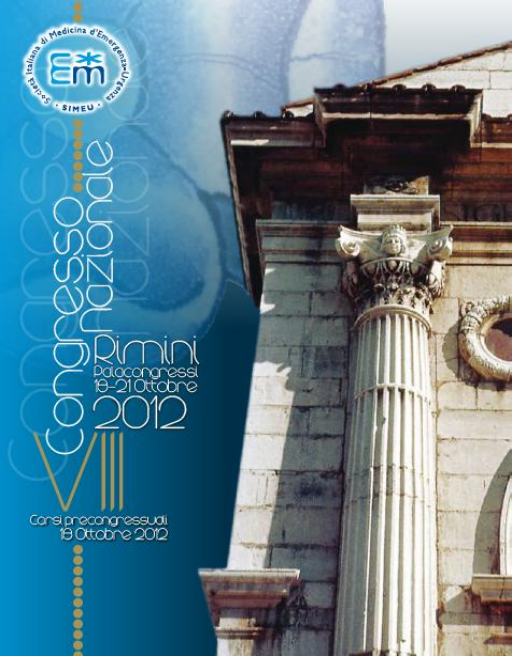
Dott.ssa MP Ruggieri

Presidente SIMEU Lazio

Indice

San Giovanni Battista (Leonardo 1508-10513)

1. **Il fattore umano: definizione**
2. **Strumenti “di crescita” del fattore umano**
3. **I numeri**
4. **Conclusioni**



SALA DEL TEMPIO 1 **17.00 - 18.15**

UPDATE SUL TRIAGE

Moderatori: M. Chiesa, A. Rosselli

società italiana medicina d'emergenza-urgenza

1

Il fattore umano

Il Controllo delle Attese
(“la durata delle attese”)

- **Fattore umano**: numero/criticità pz, Numero operatori in servizio
- **Fattore strutturale:** spazi disponibili
- **Fattore organizzativo:** processi interni

“Fattore Umano”

- Capacità decisionale
- Capacità di utilizzo del processo di valutazione di triage
- Esperienza
- Professionalità
- Elasticità mentale
- Capacità relazionali
- Controllo dell’emotività

AZIENDA
OSPEDALIERA
S. GIOVANNI
ADDOLORATA

MEDICINA I
PER L'URGENZA
Direttore: Dr. G. Cerqua

IL FATTORE UMANO NEL TRIAGE

Fabi F. – Maccioni A – Santonati A
Timpone S. – Cerqua G.

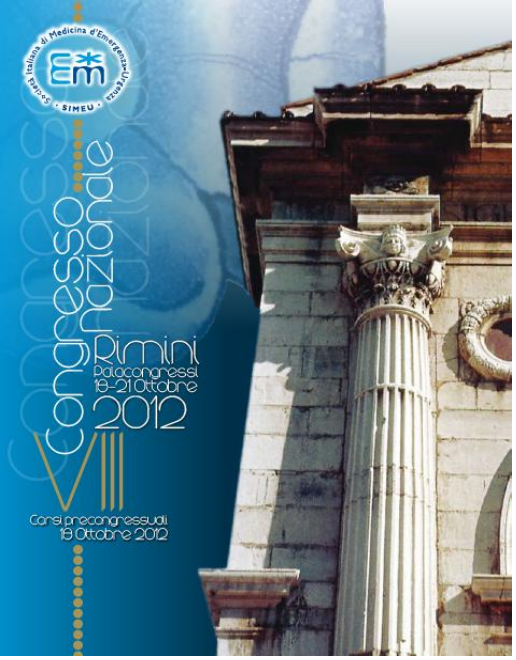
I° Convegno Regionale SIMEU Lazio
"Il sistema dell'Emergenza Sanitaria nel Lazio"
6-7 maggio 2002

IL FATTORE UMANO NEL TRIAGE

Fabi F., Maccioni A., Santonati A., Timpone S., Cerqua G.
Medicina Interna I per l'Urgenza - DEA Ospedale San Giovanni Addolorata - Roma

La discriminante umana nella gestione dell’attività di triage è un fattore prezioso di elasticità interpretativa, di umanizzazione delle strutture e di miglioramento permanente, capace di adattarsi fedelmente alle inevitabili modificazioni della popolazione afferente e di affinarsi continuamente in corso d’opera.

AH-Cultura e Scienza. Anno IV. Ott/Dic 2002, pg 1-6.



SALA DEL TEMPIO 1 17.00 - 18.15

UPDATE SUL TRIAGE

Moderatori: M. Chiesa, A. Rosselli

società italiana medicina d'emergenza-urgenza

2

Strumenti "di crescita" del fattore umano

MODELLO: Triage Globale

FORMAZIONE: Continua e Audit

GRUPPO TML

- 2003 (Decisione ASP n°98/2003 e n°204/2005)
- SIMEU, ASP, Medici ed Infermieri del Lazio
- Definizione ed implementazione sistema regionale di triage con attività ben definite

GRUPPO TMI

- **Il triage "globale" identifica una priorità di accesso alle cure mediche attraverso un processo metodologico effettuato dall'infermiere adeguatamente formato, con i seguenti compiti:**
- • Accogliere paziente e familiari con atteggiamento empatico;
- • Effettuare rapida valutazione dell'aspetto generale del paziente ("valutazione sulla porta");
- • Registrare dati rilevati;
- • Assegnare codice colore in base a protocolli prestabiliti;

GRUPPO TML

- Seguire percorsi assistenziali predefiniti in base al codice colore o al sintomo principale rilevato;
- Informare pazienti e/o parenti del codice colore attribuito, delle procedure attivate e delle eventuali attese;
- Rivalutare i pazienti in attesa;
- Istruire paziente e/o parenti a comunicare all'infermiere ogni variazione dello stato clinico;
- Individuare, in caso di arrivo contemporaneo di più urgenze, quale paziente abbia priorità di accesso.

Indice

Sezione Generale 7

RAZIONALE DEL MANUALE 9
CENNI STORICI 12
LETTERATURA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE 13
NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE 19
METODOLOGIA DEL PROCESSO DI TRIAGE 21
CRITERI DI IDENTIFICAZIONE DEI CODICI COLORE 29
LA VALUTAZIONE DI QUALITA' DEL PROCESSO DI TRIAGE 33
STRUMENTI DI RACCOLTA DATI PER IL TRIAGE 35
ASPETTI GIURIDICI 40
COMUNICAZIONE IN TRIAGE 44
IL PAZIENTE IGNOTO 47

Sezione Speciale 49

ALTERAZIONI TEMPERATURA CORPOREA 51
ALTERAZIONI DELLO STATO DI COSCIENZA 54
SINCOPE 58
VERTIGINI 62
CEFALEA 65
SINDROMI NEUROLOGICHE ACUTE 67
STATO DI AGITAZIONE PSICO-MOTORIA 70
DISPNEA 73
CARDIOPALMO 76
IPERTENSIONE ARTERIOSA 78
DOLORE TORACICO NON TRAUMATICO 81
DOLORE ADDOMINALE NON TRAUMATICO 85
TRAUMA 88
USTIONI 92
REAZIONE ALLERGICA 95

INTOSSICAZIONI 98
EMORRAGIE NON TRAUMATICHE 101
URGENZE OSTETRICO - GINECOLOGICHE 103
URGENZE OTORINOLARINGOIATRICHE 108
URGENZE IN OFTALMOLOGIA 110
URGENZE PEDIATRICHE 112
VIOLENZA SESSUALE NELL'ADULTO 148

Leggenda Acronimi 151
Bibliografia 152

...Il Triage Globale è definito come il sistema di triage ospedaliero più avanzato. La valutazione e l'assegnazione delle priorità ai pazienti è attuata da un infermiere preparato e con riconosciuta esperienza. ....

.....Questo modello si definisce triage globale in quanto l'infermiere si prende cura della persona nella sua globalità; così pure nel formulare il giudizio di priorità egli prende in considerazione la totalità dei problemi di salute del paziente, valutandone tutti gli aspetti...

Aspetti relazionali del triage

Per poter gestire le ***relazioni*** che si creano tra operatori, pazienti, famigliari ed accompagnatori, sono necessarie **competenze professionali specifiche** apprese con un percorso formativo mirato. Sono, altresì, necessarie in ugual misura delle **capacità relazionali acquisite**, approfondite e rinforzate con un percorso formativo specifico.

E' auspicabile che tale percorso includa ***corsi di strategia comunicativa***, di psicologia dell'emergenza e di gestione dei conflitti.

Alla base vi è una solida, precisa e attinente ***organizzazione*** di ciò che per definizione è imprevedibile, ossia l'emergenza sanitaria.

L'***uniformità del comportamento*** nel gestire il paziente, garantisce un'immagine di qualità nei confronti dell'utenza.

STRATEGIA COMUNICATIVA AL TRIAGE

Tutto ha valore di messaggio, anche il silenzio, e i comportamenti influenzano gli altri che a loro volta rispondono e di conseguenza comunicano.

(Paul Watzlawick)

- La comunicazione avviene attraverso lo scambio di “simboli”:parole, segni, mimica, gestualità, registro vocale, tono di voce, pause, prossemica.

- In caso di “conflitto”, soprattutto dove stress e ansia sono esasperati, cioè blocchi comunicativi,fare ricorso a capacità pragmatiche che ogni buon comunicatore deve possedere.

- In area Triage, l’infermiere deve adottare:

  calma e buon senso per sedare gli istinti e le pulsioni interne,

  non perdere mai il punto della situazione, non atteggiamenti aggressivi o superficiali, ma atteggiamenti di rispetto,
- assertività, sostenere, cioè, con vigore le ragioni che guidano il nostro comportamento, e dimostrare con i fatti che stiamo operando al fine di ottenere il meglio per il benessere del paziente.

- Per questo il triagista deve **agire**, piuttosto che reagire:
- Riducendo lo stato d'ansia

  Fornendo informazioni sanitarie

  Inibendo le reazioni impulsive.

  Per armonizzare questi due atteggiamenti possiamo ricorrere alla **PRESA IN CARICO.**

- "Prendere in carico" un paziente vuol dire comunicare in modo etico e deontologico, nel rispetto della persona, della sua malattia, del suo dolore, senza esprimere, o peggio atteggiarsi, a "colui che tutto può", proprio in virtù della posizione di vantaggio in cui si trova, rispetto a tutte quelle persone che affidano la propria dignità a degli sconosciuti.
- Talvolta l'operato del Triagista è compromesso da problemi organizzativi, strutturali e comportamentali conseguenti a pregiudizi, critiche e aggressività da parte degli interlocutori.

FIMEUC - SIMEU

Standard organizzativi delle strutture di Emergenza – Urgenza

Ottobre 2011

“ La Medicina d’Emergenza viene praticata in ambienti difficili ed impegnativi. Una <u>comunicazione efficace</u> è fondamentale per una gestione sicura e per mantenere buone relazioni, evitando barriere quali emozioni, lo stress e il pregiudizio . Il medico d’emergenza deve saper utilizzare sia la comunicazione verbale che non verbale, così come le tecnologie informatiche e di comunicazione”

FIMEUC - SIMEU

Standard organizzativi delle strutture di Emergenza – Urgenza

Ottobre 2011

Comunicazione, collaborazione e capacità interpersonali

- *Coinvolgimento del paziente nel processo decisionale*
- *Consenso informato per le procedure diagnostiche e terapeutiche, per la comunicazione di informazione a terzi, per la comunicazione di cattive notizie*
- *Adeguate indicazioni e raccomandazioni all'atto della dimissione*
- *Comunicazioni con familiari o legali rappresentanti in caso di pazienti minori o interdetti*
- *Comunicazione con pazienti con barriere linguistiche*
- *Condivisione di informazioni sulla gestione del paziente in caso di consulenza o trasferimento*
- *Comunicazione con altri operatori quali polizia, vigili del fuoco o servizi sociali*

the American Medical Association (AMA)

Communication Techniques

- Using simple language (avoid technical jargon)
- Speaking slowly
- Underlining key points in patient information handouts
- Presenting two concepts at a time and checking for understanding
- Drawing pictures or using models to explain concepts
- Reading aloud instructions
- Asking patients how they will follow instructions at home
- Asking patients to repeat information, teach-back technique

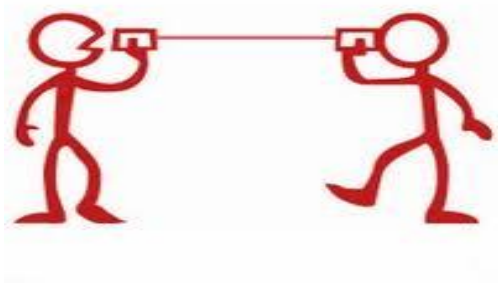
The Journal of Emergency Medicine, Vol. ■, No. ■, pp. 1–7, 2012

SELF-REPORTED USE OF COMMUNICATION TECHNIQUES IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Danielle M. McCarthy, MD,* Kenzie A. Cameron, PHD, MPH,†‡ D. Mark Courtney, MD,* and John A. Vozenilek, MD*

The Journal of Emergency Medicine, Vol. ■, No. ■, pp. 1–7, 2012
Copyright © 2012 Elsevier Inc.
Printed in the USA. All rights reserved
0736-4679/$ - see front matter

resident). The survey was administered to a convenience sample recruited at the national meeting of the American College of Emergency Physicians. Results: One hundred and sixty-nine participants were enrolled (70.5% male; 55.8% attending physicians, 44.2% residents; 66.2% practiced in academic settings). Using simple language and speaking slowly to patients were the only techniques identified as being used routinely by a majority of the sample (92.2% and 61.3%, respectively). A majority of the sample ranked seven of the techniques as effective; all techniques were considered feasible in the Emergency Department. No differences were noted across provider role or practice setting. Conclusion: The majority of respondents are not utilizing communication techniques, despite their own beliefs that the techniques are effective and easy to implement in the Emergency Department. Additional research is needed to determine the effectiveness of these techniques and relevant barriers to their use. © 2012 Elsevier Inc.



ELSEVIER

The Journal of Emergency Medicine, Vol. 38, No. 5, pp. 681–685, 2010
Copyright © 2010 Elsevier Inc.
Printed in the USA. All rights reserved
0736-4679/$–see front matter

doi:10.1016/j.jemermed.2009.01.004

Brief Reports

THE IMPACT OF COMMUNICATION BARRIERS ON DIAGNOSTIC CONFIDENCE AND ANCILLARY TESTING IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Gregory Garra, DO, Hiram Albino, MD, Heather Chapman, MS, Adam J. Singer, MD, and Henry C. Thode Jr., PHD

Department of Emergency Medicine, Stony Brook University Medical Center, Stony Brook, New York
Reprint Address: Gregory Garra, DO, Department of Emergency Medicine, Stony Brook University Medical Center, Stony Brook, NY 11794-8350

Communication barriers:

- ***<u>language discordance</u>***
- ***dementia***
- ***confusion***
- ***altered mental status***
- ***impaiment of hearing or sight***
- ***mental illness***
- ***limited intellectual ability***

Language barriers are associated with ***increased testing***, ***increased ED lenghts of stay*** *and* ***higher hospital admission rates***

Comunicazione delle condizioni critiche o del lutto e sostegno ai familiari

- Contatto precoce con una persona dell'equipe
- Disponibilità di una stanza adeguata per i familiari in attesa
- Atteggiamento comprensivo e sostegno appropriato alla reazione al dolore
- Consentire ai familiari di vedere la salma
- Tenere presenti ed assecondare le richieste religiose
- Disponibilità ad un successivo contatto personale o telefonico per eventuali ulteriori chiarimenti

Linee Guida
ALS ERC
2010

Comunicazione delle condizioni critiche o del lutto e sostegno ai familiari

- Prepararsi mentalmente e fisicamente
- Assicurarsi di parlare con le persone giuste e stabilire il grado di parentela o relazione con il defunto
- Utilizzare il tono della voce ed il comportamento non verbale per sostenere ciò che si sta dicendo
- Usare parole semplici e chiare ed evitare il gergo medico
- Sedersi o posizionarsi vicino al familiare in modo da essere tutti allo stesso livello

Linee Guida ALS
ERC 2010

Il triage infermieristico costituisce oggi uno strumento operativo molto importante per una gestione efficace ed efficiente del Dipartimento di Emergenza e può essere considerato un significativo riconoscimento del valore di questa professione. Tuttavia presenta delle difficoltà, riferibili non solo alla sua relativa novità ma anche al contesto organizzativo e culturale in cui si svolge, che determina frequenti situazioni di iperafflusso delle persone e spinge verso una valutazione non sufficientemente obiettiva delle loro condizioni. E' pertanto significativa l'esperienza di miglioramento qui riferita, incentrata sulla formazione continua degli operatori e sull'applicazione del clinical audit.

Miglioramento delle procedure di triage infermieristico nel dipartimento di emergenza

Vito Masi

Performance

- Caratteristiche Professionista
- Caratteristiche Organizzazione

Carichi di lavoro

✓ Professionisti

✓ Organizzazione

Aacharya *et al. BMC Emergency Medicine* 2011, **11**:16
http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/16

BMC
Emergency Medicine

DEBATE Open Access

Emergency department triage: an ethical analysis

Ramesh P Aacharya[1*], Chris Gastmans[2] and Yvonne Denier[2]

Abstract

Background: Emergency departments across the globe follow a triage system in order to cope with overcrowding. The intention behind triage is to improve the emergency care and to prioritize cases in terms of clinical urgency.

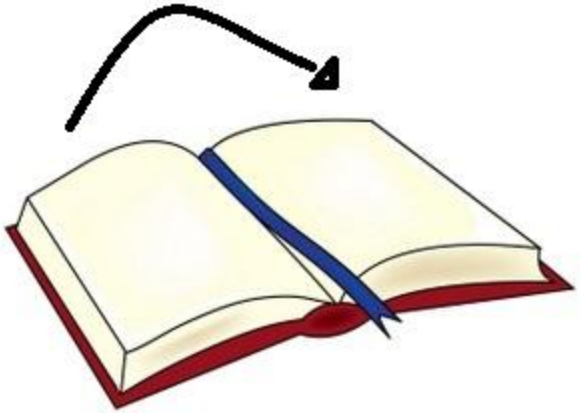
Discussion: In emergency department triage, medical care might lead to adverse consequences like delay in providing care, compromise in privacy and confidentiality, poor physician-patient communication, failing to provide the necessary care altogether, or even having to decide whose life to save when not everyone can be saved. These consequences challenge the ethical quality of emergency care. This article provides an ethical analysis of "routine" emergency department triage. The four principles of biomedical ethics - viz. respect for autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice provide the starting point and help us to identify the ethical challenges of emergency department triage. However, they do not offer a *comprehensive* ethical view. To address the ethical issues of emergency department triage from a more comprehensive ethical view, the care ethics perspective offers additional insights.

Summary: We integrate the results from the analysis using four principles of biomedical ethics into care ethics perspective on triage and propose an integrated clinically and ethically based framework of emergency department triage planning, as seen from a comprehensive ethics perspective that incorporates both the principles-based and care-oriented approach.

Human Factors and Ergonomics in the Emergency Department

Robert L. Wears, MD, MS
Shawna J. Perry, MD

From the Department of Emergency Medicine, University of Florida, Jacksonville, FL.



ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE 40:2 **AUGUST 2002**

Ergonomics (or human factors engineering) is formally defined as the study of how human beings interact with their environment for useful purposes. A more focused but less formal definition is that it is the study of factors that make work easy or hard. Although ergonomic analyses have been widely used in industry, they have been conspicuously absent in health care. Indeed, a health care organization that used human factors engineering to improve its workplaces would be a rarity. This is in sharp contrast with other complex, high-risk enterprises, such as aviation, electrical power generation, or petroleum refining. A variety of cultural and organizational factors have led to this state of affairs,[1] but 4 are worth emphasizing.

Although health care rapidly adopts technologic advances from other fields, it has been slow to incorporate well-established principles from human factors engineering into the health care workplace. This article demonstrates some of those principles by analyzing an all too routine clinical event from a human factors point of view. Review of this case and ergonomic principles leads us to conclude that the routine application of human factors engineering principles could improve patient safety and would likely improve system efficiency as well.

EMERGENCY MEDICINE JOURNAL

Current TOC | Instructions for authors

Factors that affect the flow of patients through triage

Melinda Lyons, Ruth Brown, Robert Wears

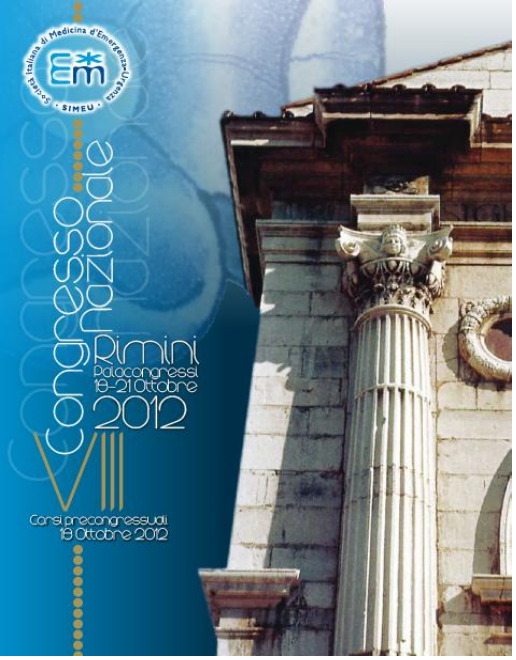
Objective: To use observational methods to objectively evaluate the organisation of triage and what issues may affect the effectiveness of the process.

Design: A two-phase study comprising observation of 16 h of triage in a London hospital emergency department and interviews with the triage staff to build a qualitative task analysis and study protocol for phase 2; observation and timing in triage for 1870 min including 257 patients and for 16 different members of the triage staff.

Results: No significant difference was found between grades of staff for the average triage time or the fraction of time absent from triage. In all, 67% of the time spent absent from triage was due to escorting patients into the department. The average time a patient waited in the reception before triage was 13 min 34 s; the average length of time to triage for a patient was 4 min 17 s. A significant increase in triage time was found when patients were triaged to a specialty, expected by a specialty, or were actively "seen and treated" in triage. Protocols to prioritise patients with potentially serious conditions to the front of the queue had a significantly positive effect on their waiting time. Supplementary tasks and distractions had varying effects on the timely assessment and triage of patients.

Conclusions: The human factors method is applicable to the triage process and can identify key factors that affect the throughput at triage. Referring a patient to a specialty at triage affects significantly the triage workload; hence, alternative methods or management should be suggested. The decision to offer active treatment at triage increases the time taken, and should be based on clinical criteria and the workload determined by staffing levels. The proportion of time absent from triage could be markedly improved by support from porters or other non-qualified staff, as well as by proceduralised handovers from triage to the main clinical area. Triage productivity could be improved by all staff by becoming aware of the effect of the number of interruptions on the throughput of patients.

Emerg Med J 2007;**24**:78–85. doi: 10.1136/emj.2006.036764



SALA DEL TEMPIO 1 **17.00 - 18.15**

UPDATE SUL TRIAGE

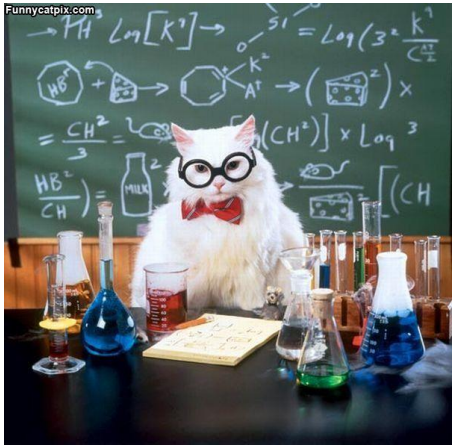
Moderatori: M. Chiesa, A. Rosselli

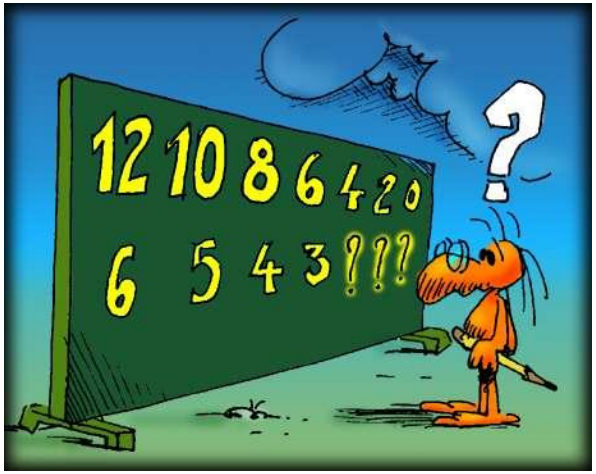
società italiana medicina d'emergenza-urgenza

3

I numeri

Diamo i numeri !





ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

Periodo	Accessi	Variazione % anno precedente
Novembre 2009 - Gennaio 2010	488.360	
Novembre 2010 - Gennaio 2011	498.556	2,09
Novembre 2011 - Gennaio 2012	483.956	-2,93

Accessi in PS per Codice Triage

Triage	Periodo	Accessi	Variazione %
Codice rosso	nov 2009 - gen 2010	7.620	
	nov 2010 - gen 2011	8.287	8,8
	nov 2011 - gen 2012	9.785	18,1
Codice giallo	nov 2009 - gen 2010	94.894	
	nov 2010 - gen 2011	100.482	5,9
	nov 2011 - gen 2012	107.524	7,0
Codice verde	nov 2009 - gen 2010	347.634	
	nov 2010 - gen 2011	356.136	2,4
	nov 2011 - gen 2012	335.102	-5,9
Codice bianco	nov 2009 - gen 2010	34.857	
	nov 2010 - gen 2011	31.712	-9,0
	nov 2011 - gen 2012	29.080	-8,3
Non eseguito	nov 2009 - gen 2010	3.355	
	nov 2010 - gen 2011	1.939	-42,2
	nov 2011 - gen 2012	2.465	27,1

Accessi in PS per fasce di età

Fasce di età	Periodo	Accessi	Variazione %
0-14	nov 2009 - gen 2010	75.580	
	nov 2010 - gen 2011	82.657	9,4
	nov 2011 - gen 2012	80.923	-2,1
15-44	nov 2009 - gen 2010	207.517	
	nov 2010 - gen 2011	205.577	-0,9
	nov 2011 - gen 2012	193.461	-5,9
45-64	nov 2009 - gen 2010	98.926	
	nov 2010 - gen 2011	101.897	3,0
	nov 2011 - gen 2012	98.362	-3,5
65+	nov 2009 - gen 2010	105.628	
	nov 2010 - gen 2011	107.616	1,9
	nov 2011 - gen 2012	110.486	2,7
Mancante	nov 2009 - gen 2010	709	
	nov 2010 - gen 2011	809	14,1
	nov 2011 - gen 2012	724	-10,5

Accessi in PS per fasce di età: focus su over 65

Fasce di età	Periodo	Accessi	Variazione %
65-74	nov 2009 - gen 2010	44.972	
	nov 2010 - gen 2011	44.176	-1,8
	nov 2011 - gen 2012	44.314	0,3
75-84	nov 2009 - gen 2010	42.547	
	nov 2010 - gen 2011	44.184	3,8
	nov 2011 - gen 2012	45.277	2,5
85+	nov 2009 - gen 2010	18.109	
	nov 2010 - gen 2011	19.256	6,3
	nov 2011 - gen 2012	20.895	8,5

Accessi e tempo di permanenza in PS per fasce di età

Fasce di età	Periodo	Accessi	Tempo in PS (minuti)		
			media	mediana	Variazione della media in minuti
0-14	nov 2009 - gen 2010	75.580	123,8	75	
	nov 2010 - gen 2011	82.657	132,4	84	9
	nov 2011 - gen 2012	80.923	135,3	84	3
15-44	nov 2009 - gen 2010	207.517	159,9	96	
	nov 2010 - gen 2011	205.577	171,5	102	12
	nov 2011 - gen 2012	193.461	181,9	105	10
45-64	nov 2009 - gen 2010	98.926	233,9	122	
	nov 2010 - gen 2011	101.897	262,4	130	29
	nov 2011 - gen 2012	98.362	286,3	137	24
65-74	nov 2009 - gen 2010	44.972	351,3	154	
	nov 2010 - gen 2011	44.176	393,4	162	42
	nov 2011 - gen 2012	44.314	441,7	174	48
75-84	nov 2009 - gen 2010	42.547	442,3	178	
	nov 2010 - gen 2011	44.184	505	193	63
	nov 2011 - gen 2012	45.277	573,6	210	69
85+	nov 2009 - gen 2010	18.109	491,5	191	
	nov 2010 - gen 2011	19.256	596,9	216	105
	nov 2011 - gen 2012	20.895	693,6	230	97
Mancante	nov 2009 - gen 2010	709	337,2	193	
	nov 2010 - gen 2011	809	366,9	221	30
	nov 2011 - gen 2012	724	382,1	238	15

Accessi e tempo di permanenza in P.S. per esito

Esito	Periodo	Accessi	Tempo in PS (minuti)			Variazione della media in minuti
			media	mediana	totale minuti	
Giunto cadavere	nov 2009 - gen 2010	349	57,9	37	20.207	
	nov 2010 - gen 2011	350	55,6	30	19.453	-2,3
	nov 2011 - gen 2012	327	41,8	29	13.682	-13,8
A domicilio	nov 2009 - gen 2010	330.939	164,1	95	54.316.361	
	nov 2010 - gen 2011	334.901	180,7	101	60.528.739	16,6
	nov 2011 - gen 2012	317.7[illegible]	193,4	104	61.457.160	12,7
Ricovero in reparto di degenza	nov 2009 - gen 2010	81.559	379,6	139	30.963.162	
	nov 2010 - gen 2011	80.931	449,4	149	36.371.214	69,8
	nov 2011 - gen 2012	80.21[illegible]	524,5	163	42.075.428	75,1
Trasferimento ad altro istituto	nov 2009 - gen 2010	9.005	850,9	386	7.662.741	
	nov 2010 - gen 2011	8.983	900,6	424	8.090.189	49,7
	nov 2011 - gen 2012	9.5[illegible]	977,10	475	9.284.691	76,5
Deceduto in PS	nov 2009 - gen 2010	729	590,3	194	430.296	
	nov 2010 - gen 2011	860	720,2	262,5	619.402	129,9
	nov 2011 - gen 2012	94[illegible]	909,00	296	862.640	188,8
Rifiuta ricovero	nov 2009 - gen 2010	33.346	272,8	170	9.097.228	
	nov 2010 - gen 2011	31.549	303,1	185	9.562.062	30,3
	nov 2011 - gen 2012	31.5[illegible]	326,7	193	10.301.188	23,6
Non risponde a chiamata	nov 2009 - gen 2010	22.646	192,5	141	4.360.149	
	nov 2010 - gen 2011	10.307	196,8	136	2.028.131	4,3
	nov 2011 - gen 2012	20.6[illegible]	200,7	152	4.213.911	3,9
Trasferito al PS richiedente dopo consulenza	nov 2009 - gen 2010	674	169,1	73	114.002	
	nov 2010 - gen 2011	544	187,2	73	101.851	18,1
	nov 2011 - gen 2012	58[illegible]	237,4	79	139.327	50,2
Paziente si allontana spontaneamente	nov 2009 - gen 2010	9.113	271,1	168	2.470.158	
	nov 2010 - gen 2011	26.073	237,7	170	6.197.538	-33,4
	nov 2011 - gen 2012	15.134	286,5	183	4.336.273	48,8
Dimissione a strutture ambulatoriali	nov 2010 - gen 2011	4.058	221,3	148	897.874	
	nov 2011 - gen 2012	7.011	274,6	153	1.925.445	53,3

Accessi con esito ricovero per tempo di permanenza in PS per fasce di età

Fasce di età	Periodo	Accessi	media	mediana	Variazione media in minuti
0-14	nov 2009 - gen 2010	7.973	171,3	93	
	nov 2010 - gen 2011	7.993	185,3	95	14
	nov 2011 - gen 2012	7.601	196,8	107	12
15-44	nov 2009 - gen 2010	23.697	184,8	70	
	nov 2010 - gen 2011	23.272	199,6	72	15
	nov 2011 - gen 2012	22.418	221	74	21
45-64	nov 2009 - gen 2010	13.426	418,5	164	
	nov 2010 - gen 2011	13.365	494,2	181	76
	nov 2011 - gen 2012	13.036	583,3	199	89
65-74	nov 2009 - gen 2010	11.666	523	199	
	nov 2010 - gen 2011	11.264	613,6	215	91
	nov 2011 - gen 2012	11.178	712	241	98
75-84	nov 2009 - gen 2010	16.082	553,5	199	
	nov 2010 - gen 2011	15.989	667,3	225	114
	nov 2011 - gen 2012	16.314	778,8	257	112
85+	nov 2009 - gen 2010	8.655	529,4	195	
	nov 2010 - gen 2011	9.005	670,1	222	141
	nov 2011 - gen 2012	9.633	762,7	238	93

E’ aumentata la Complessità clinico-assistenziale del paziente in PS (aumento dei pazienti anziani, pluripatologici, cronici che si riacutizzano).

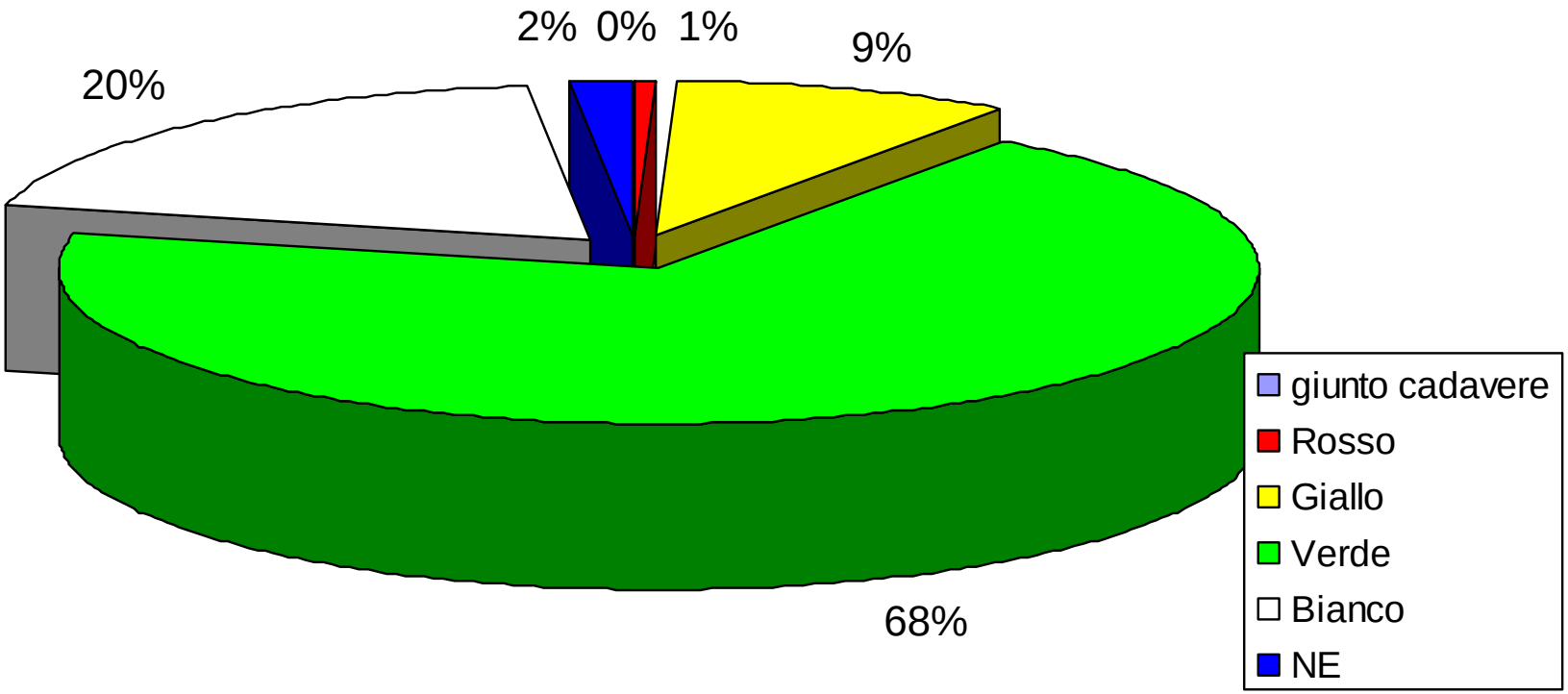
Il PS è sovraffollato (“BOARDING E ACCESS BLOCK”).

Aumento dei tempi di attesa in PS (sia di visita che di ricovero)

RUOLO FONDAMENTALE

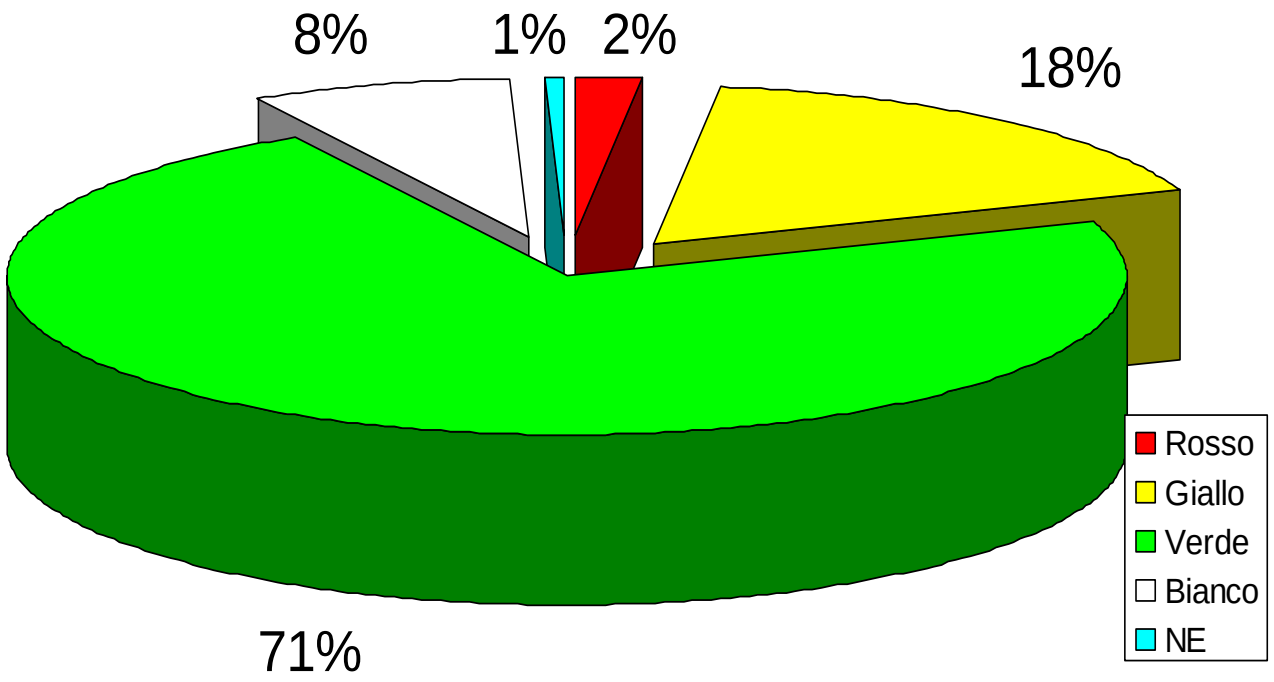
“IL FATTORE UMANO”!

2002 Codici colori triage Accessi PS Roma (totale accessi di PS: 1.206.385; =47,38% della popolazione residente)



Popolazione residente a Roma 2002: 2.545.860

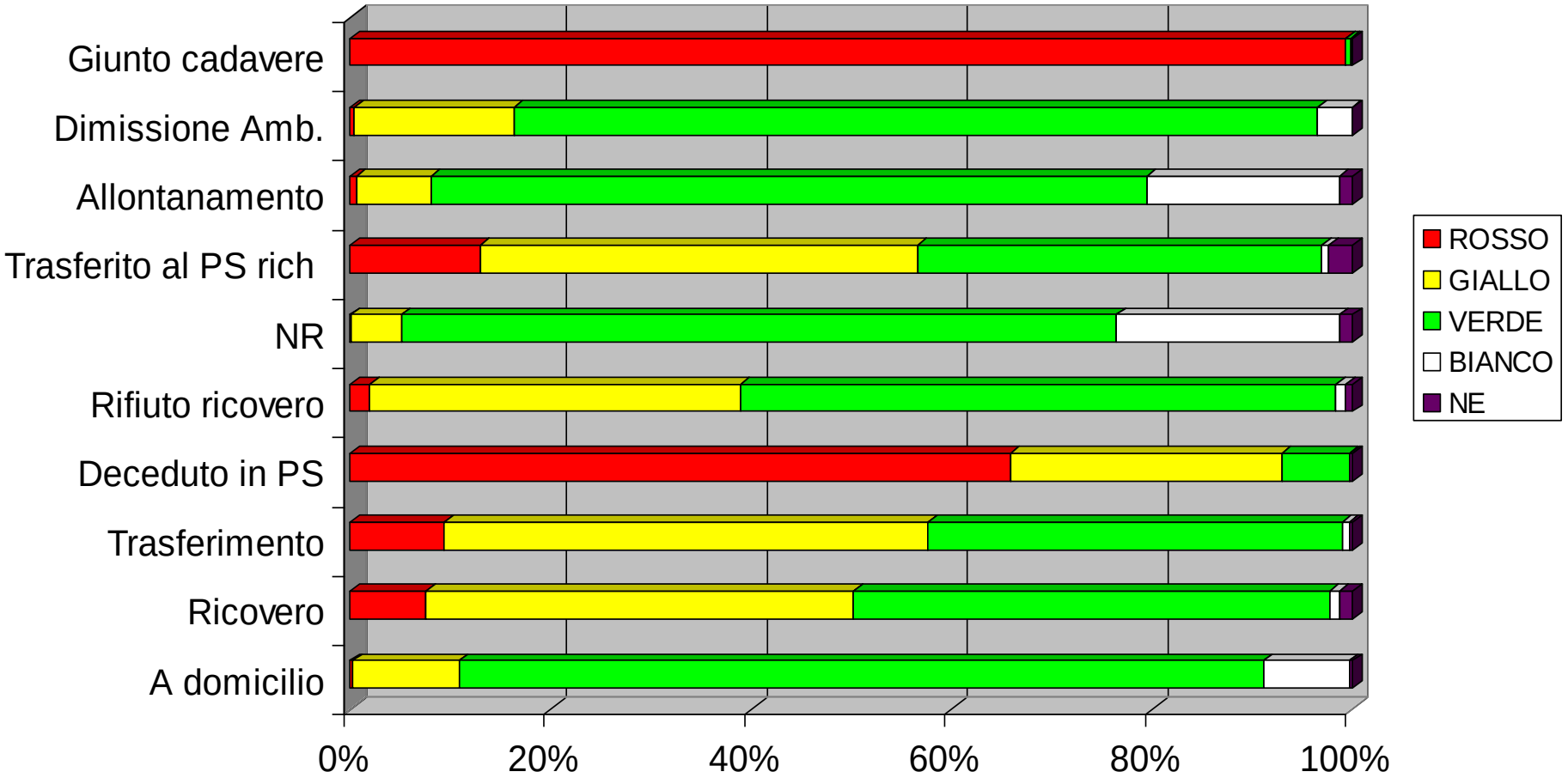
2011 Codici colori triage Accessi PS Roma (totale accessi di PS: 1.156.478; =40,8% della popolazione residente)



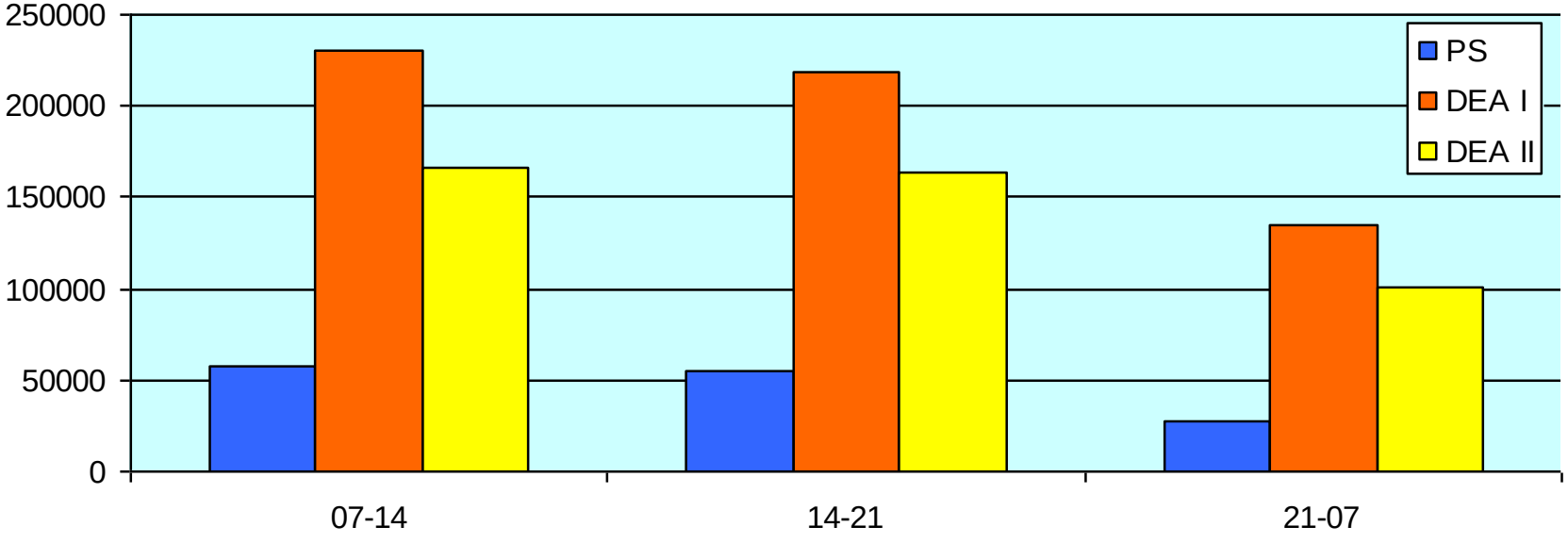
Popolazione residente a Roma 2011: 2.832.462

2011:Esiti Triage PS Roma

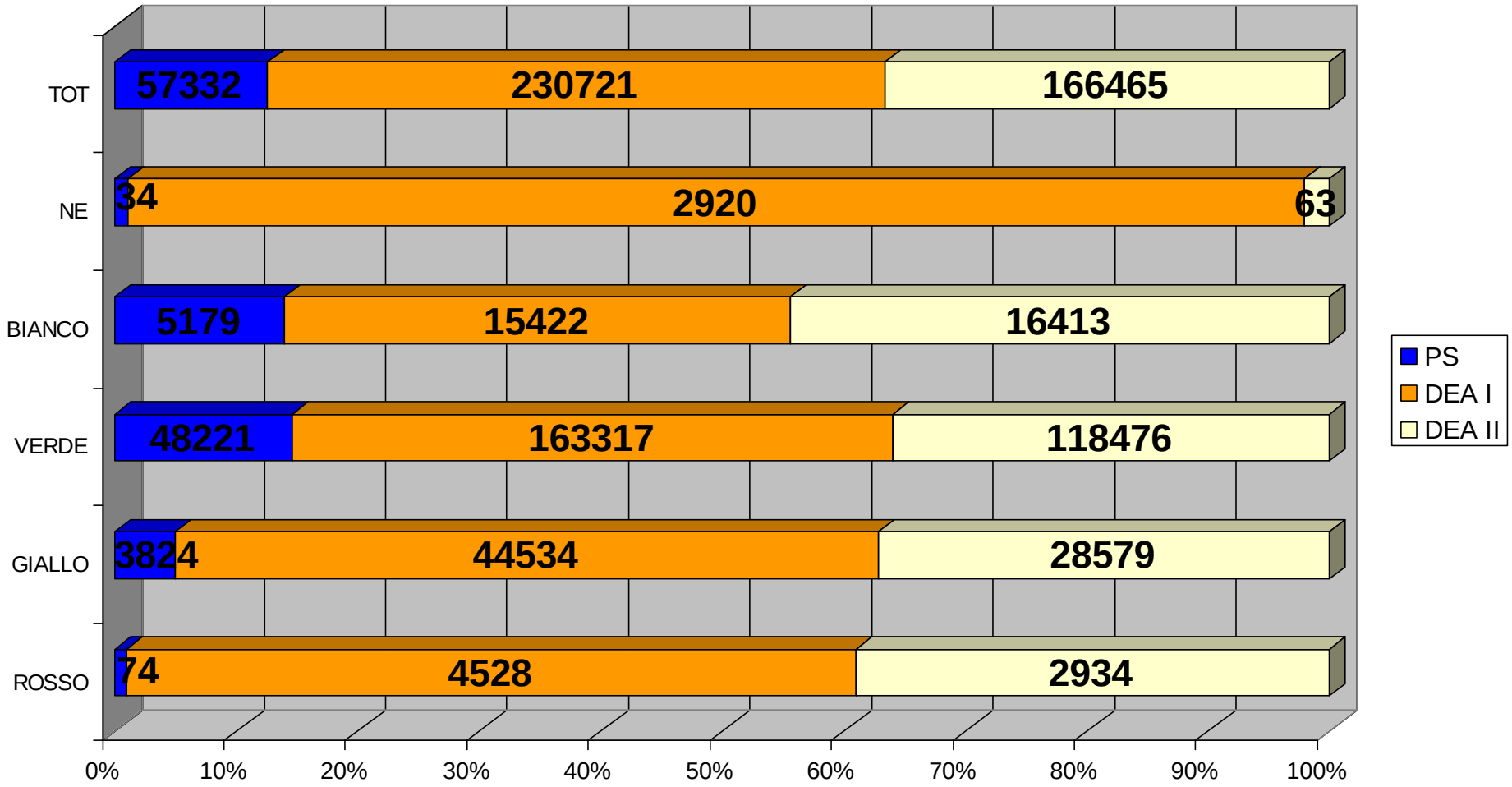
totale accessi: 1.156.478



Accessi PS/DEAI/DEAII Roma e fasce orarie (2011)



Accessi PS/DEAI/DEAII 7-14 Roma 2011



Accessi totali anno: 1.156.478

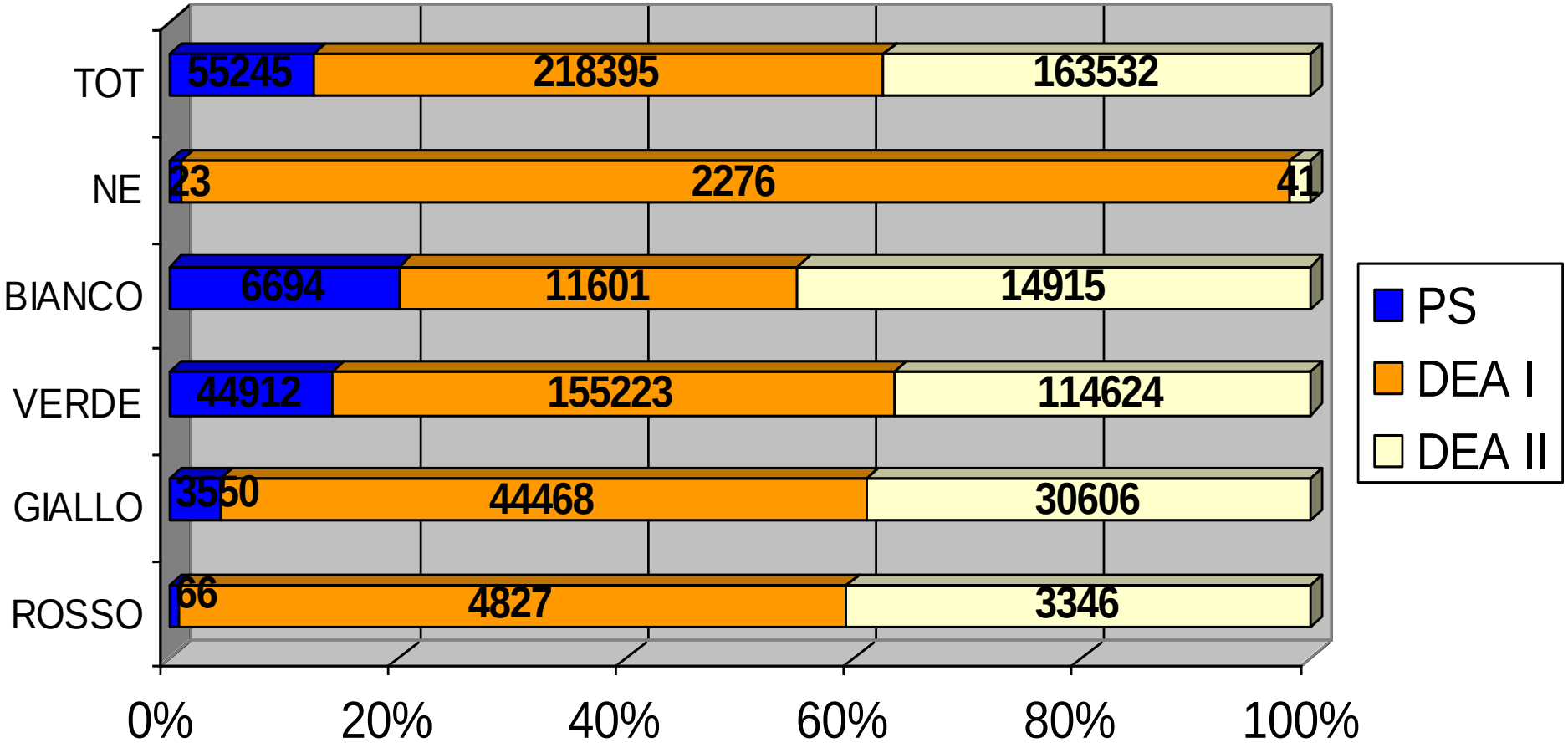
(7-14: 39,30%)

PS: 4,95%

DEA I: 19,95%

DEA II: 14,39%

Accessi PS/DEAI/DEAII 14-21 Roma 2011



Accessi totali anno: 1.156.478

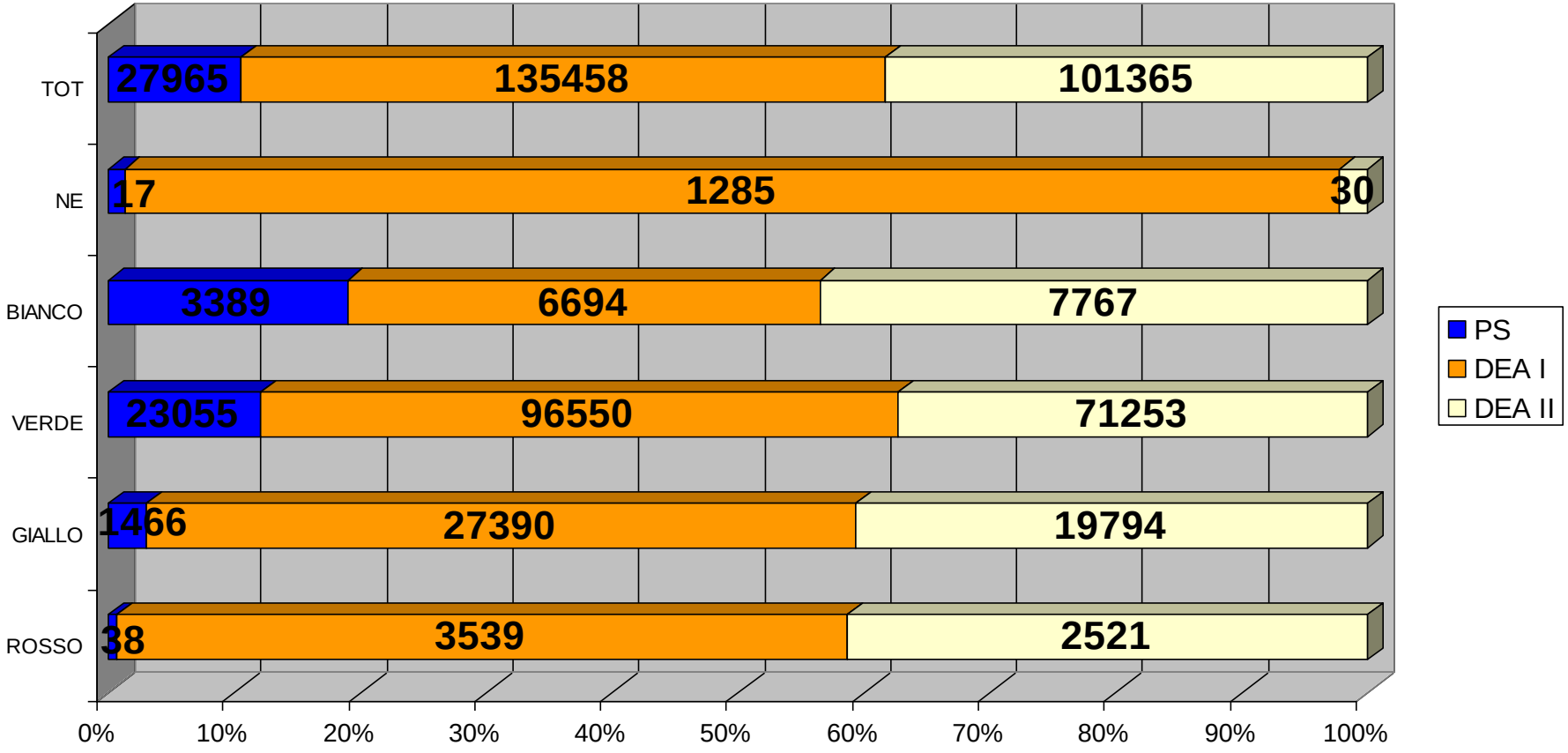
(14-21: 37,80 %)

PS: 4,77 %

DEA I: 18,88 %

DEA II: 14,14 %

Accessi PS/DEAI/DEAII 21-07 Roma 2011



Accessi totali anno: 1.156.478

(21-07: 22.89%)

PS: 2,41%

DEA I: 11,71%

DEA II: 8,76%

Rivalutazione triage PS/DEA Roma (2011) e fasce orarie

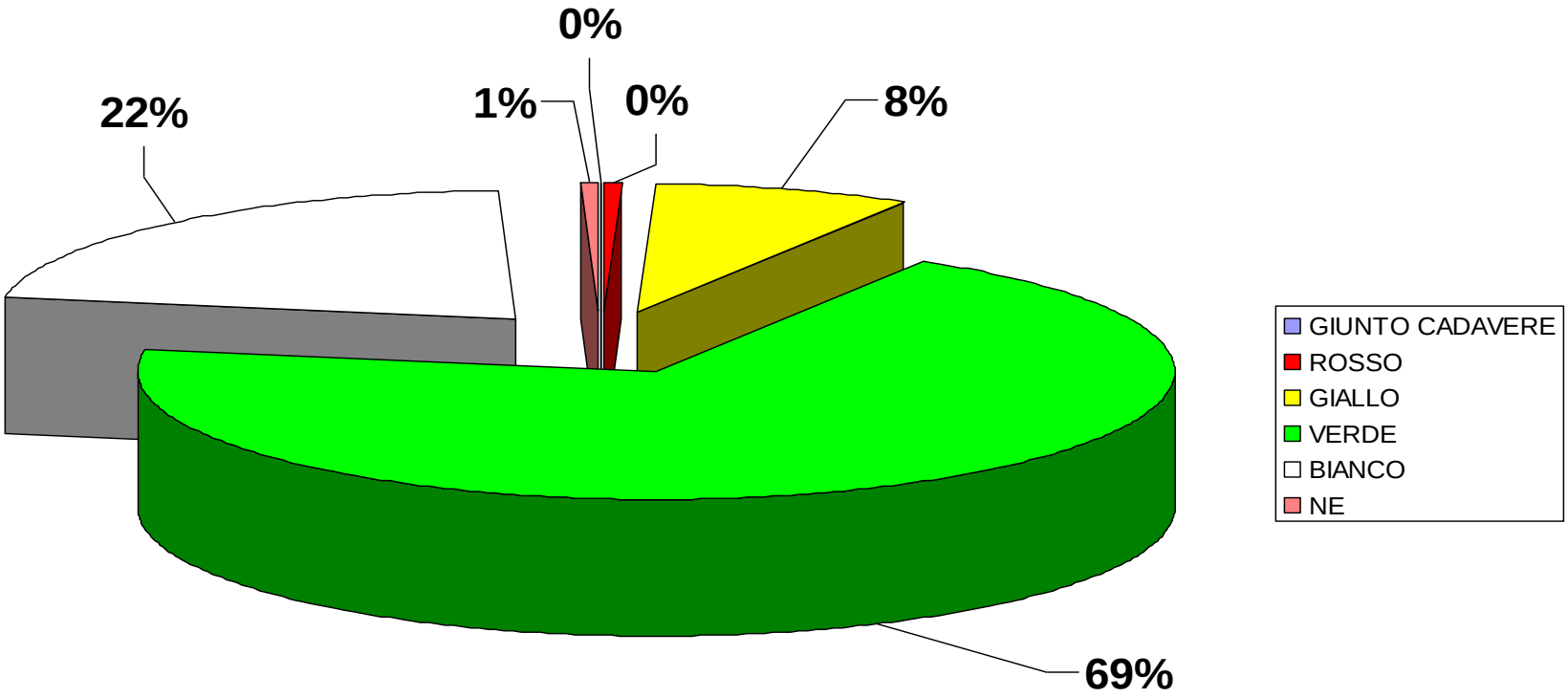
Percentuale di

Rivalutazione Triage

su accessi totali PS Roma 2011:

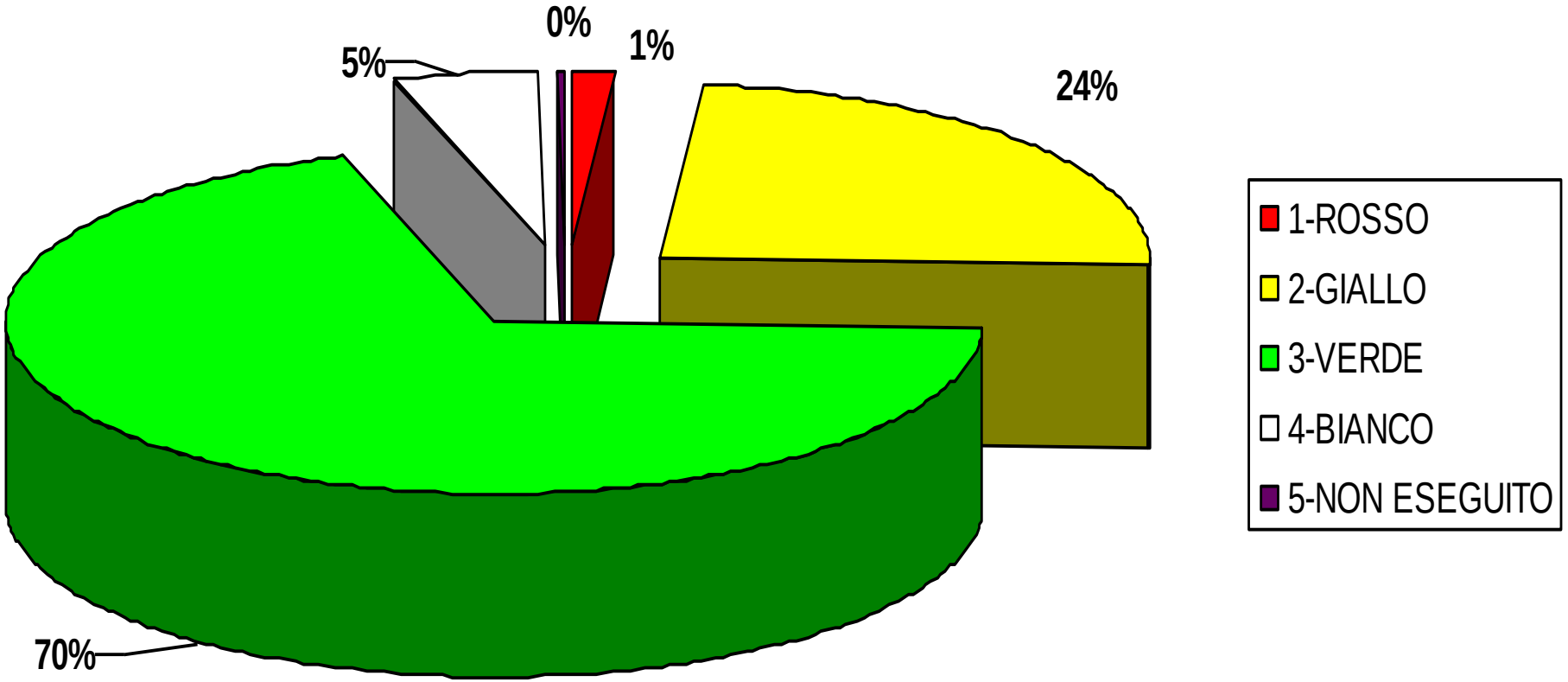
8,07%

2002 Codici colori triage Accessi PS Lazio (totale accessi di PS: 982.231; = 38,20% della popolazione residente)



Popolazione residente nel Lazio esclusa Roma 2002: 2.571.215

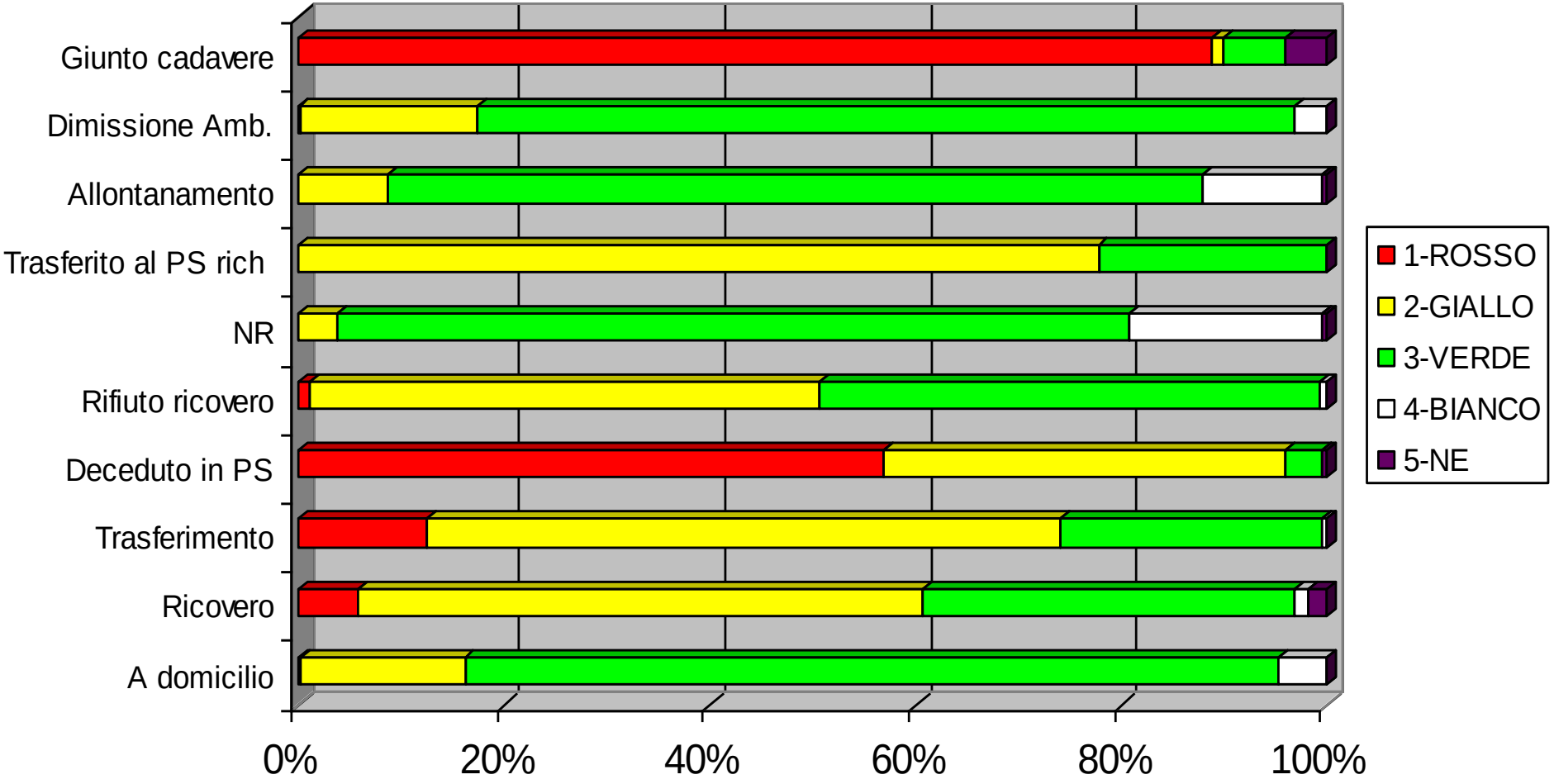
2011 Codici colori triage Accessi PS Lazio esclusa Roma (totale accessi di PS: 877.976; =30,3% della popolazione residente)



Popolazione residente nel Lazio esclusa Roma 2011: 2.896.226

2011:Esiti Triage PS Lazio escluso Roma

totale accessi : 877.976



Percentuale di

Rivalutazione Triage

su accessi totali PS Lazio escluso Roma 2011:

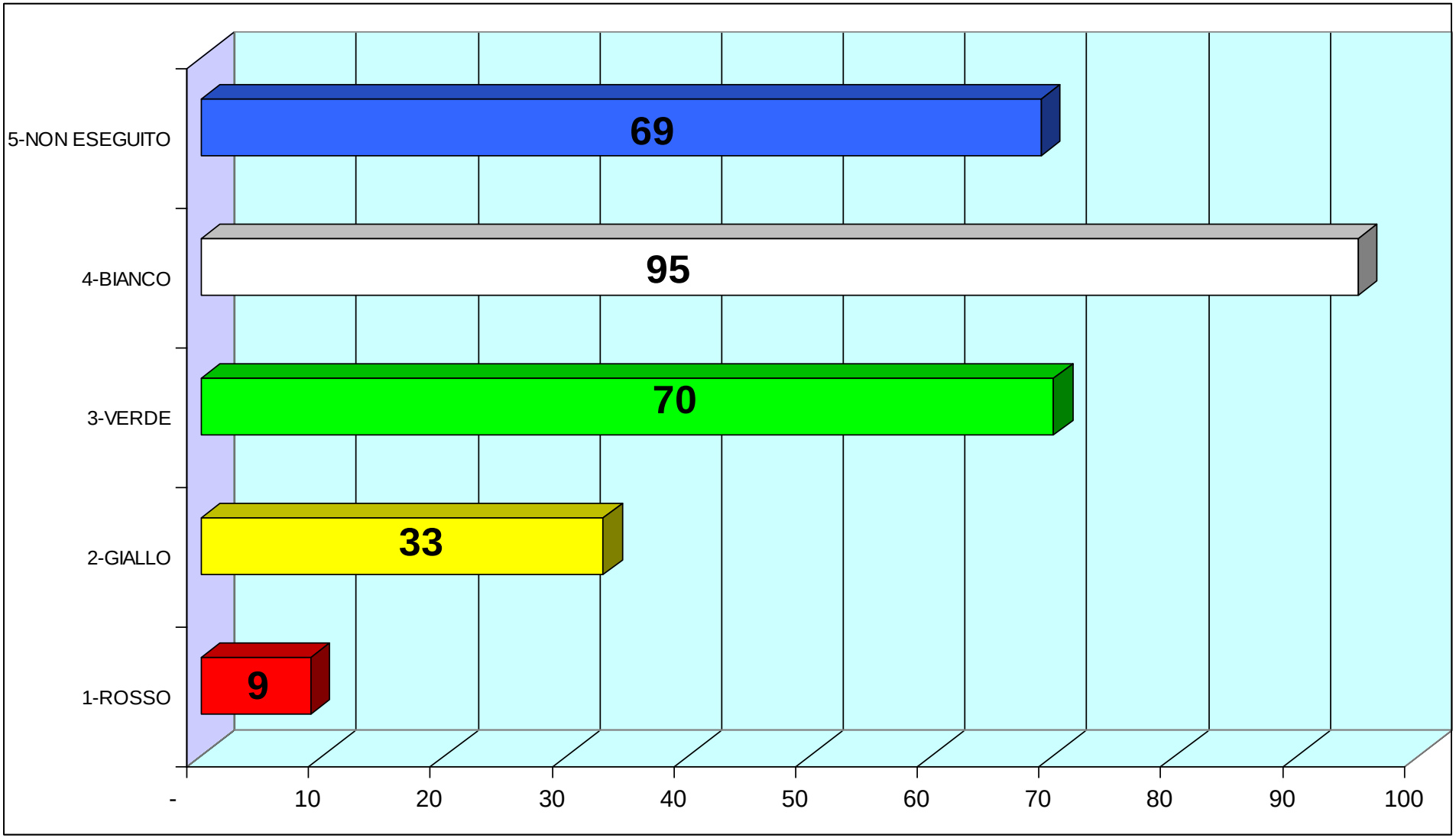
7,40%

RIVALUTAZIONE

Codice giallo	Codice verde	Codice bianco
Ogni 15 minuti	Ogni 30 minuti	A richiesta

la tempistica e la frequenza sono correlate al codice colore assegnato o alla richiesta del paziente (Canadian Triage Acuity Scale).

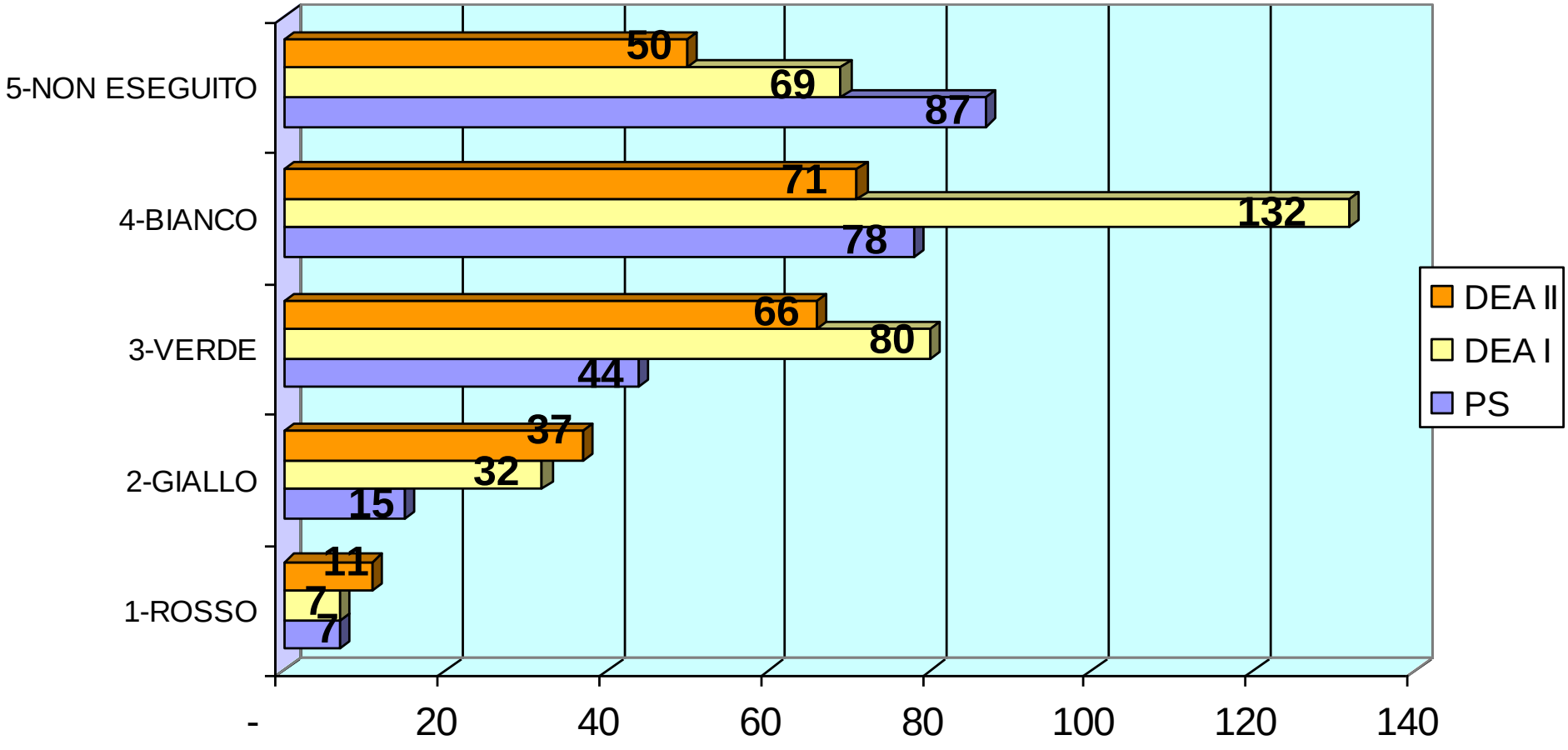
Tempi medi (min) attesa triage PS/DEA Roma 2011



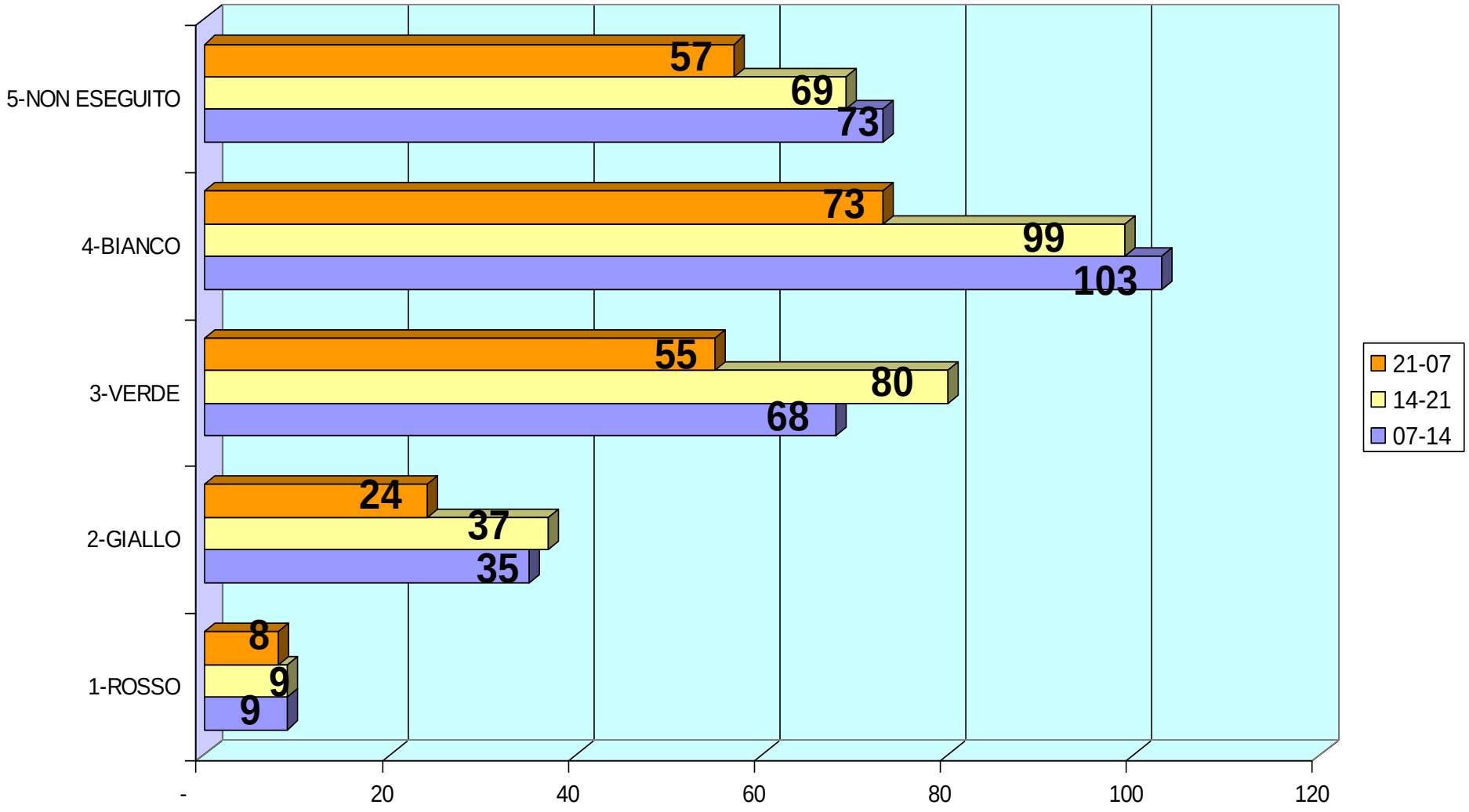
G.U. del 7.12.2001

- I tempi di attesa ottimali per ciascun codice colore sono tratti da standard internazionali:
- ***Codice Rosso***: *accesso immediato alle cure*
- ***Codice Giallo****: accesso entro 10-15 min*
- ***Codice Verde****: accesso entro 30-60 min*
- ***Codice Bianco****: accesso entro 60-120 min*

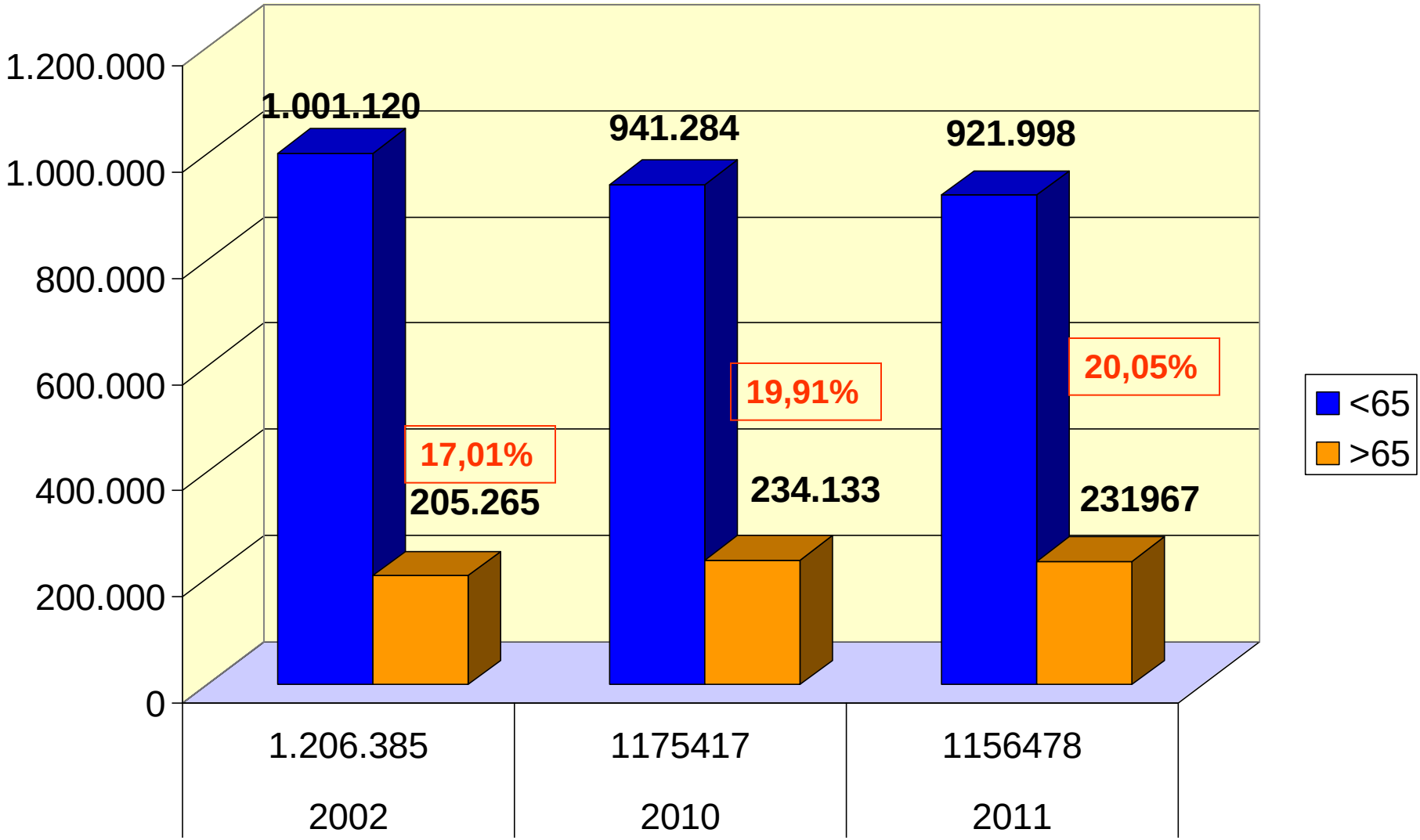
Tempi medi (min) attesa triage per struttura PS/DEA Roma 2011



Tempi medi (min) attesa triage per struttura PS/DEA Roma per fascia oraria 2011

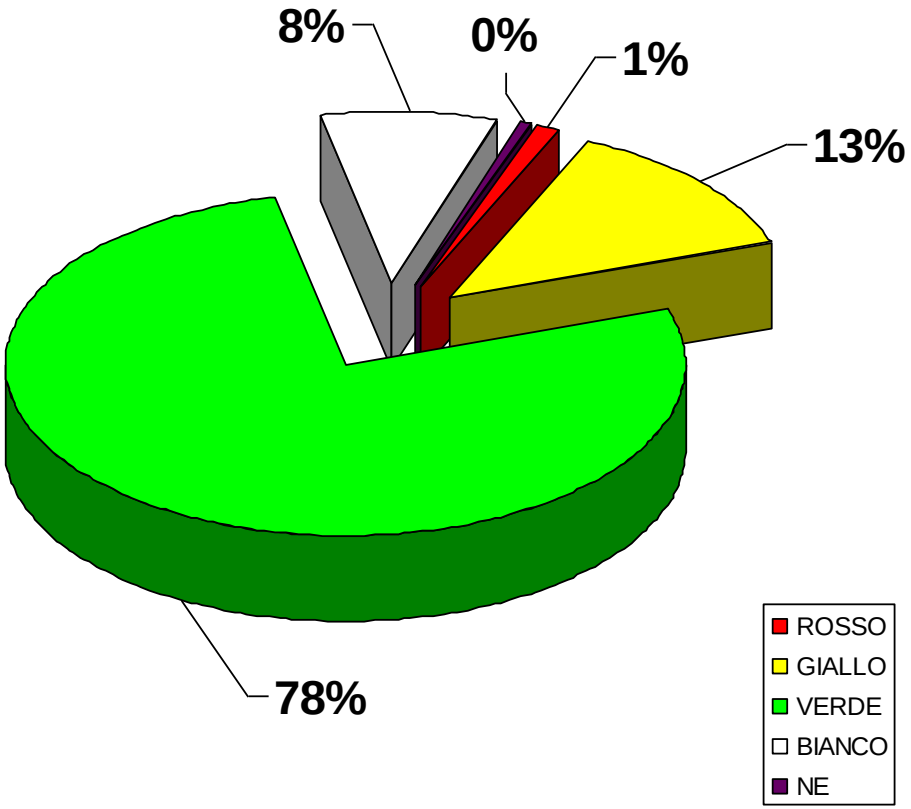


Accessi PS Roma per fasce di età (2011)

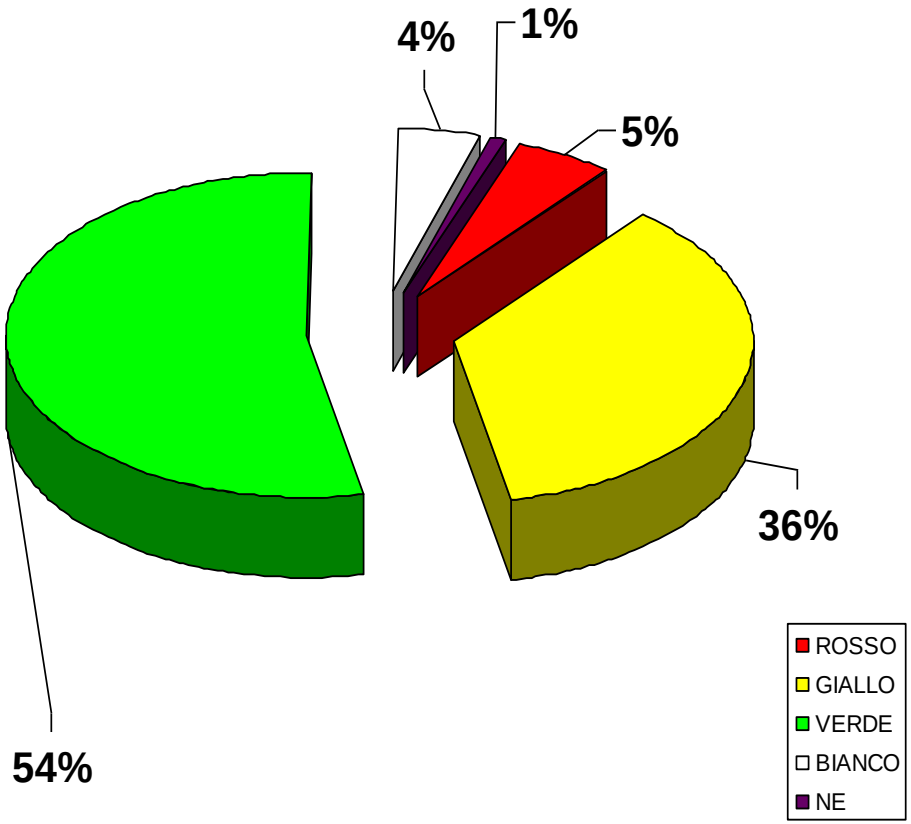


Codici Colori e fasce età PS Roma 2011

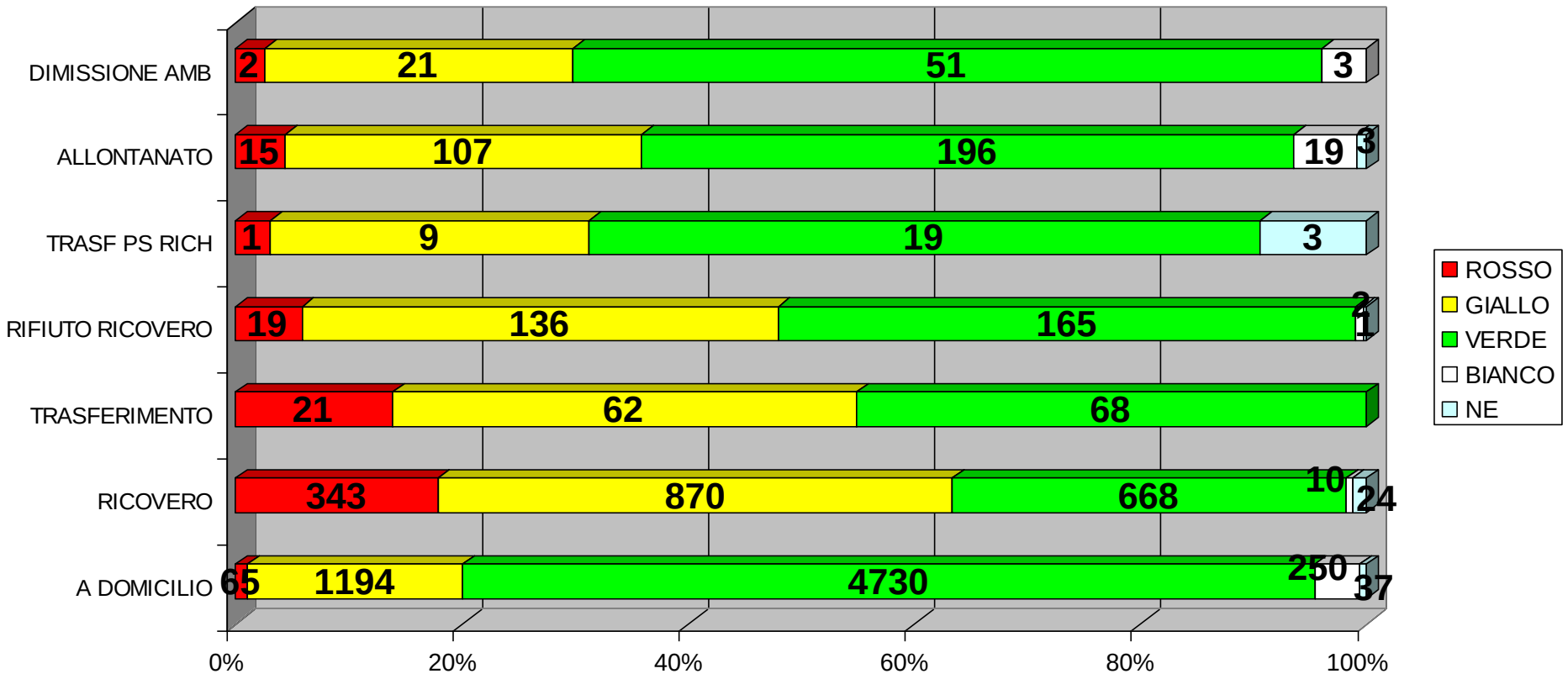
< 65 aa



> 65 aa



Accessi PS Roma 2011 per “problemi psichiatrici”: codici colori ed esito (7.8% di accessi tot).

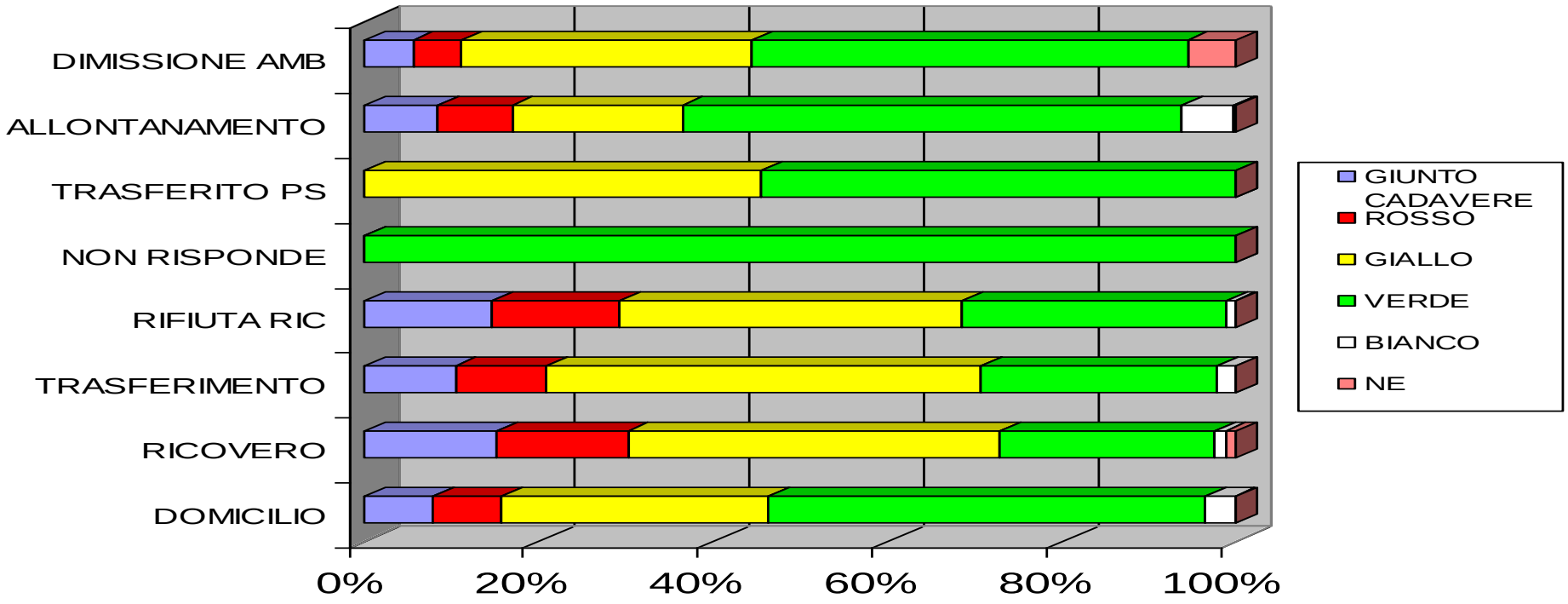


Accessi PS Roma 2011 per “abuso sessuale”: codici colori ed esito (0.01% di accessi tot).

	ROSSO	GIALLO	VERDE	BIANCO	NE	TOT.
Domicilio	10	53	27	1	1	92
Ricovero	4	4	3	0	0	11
Trasferimento	1	0	0	0	0	1
Rifiuto Ricovero	2	3	1	0	0	6
Allontanato	0	1	2	0	0	3
Tot.	17	61	33	1	1	113

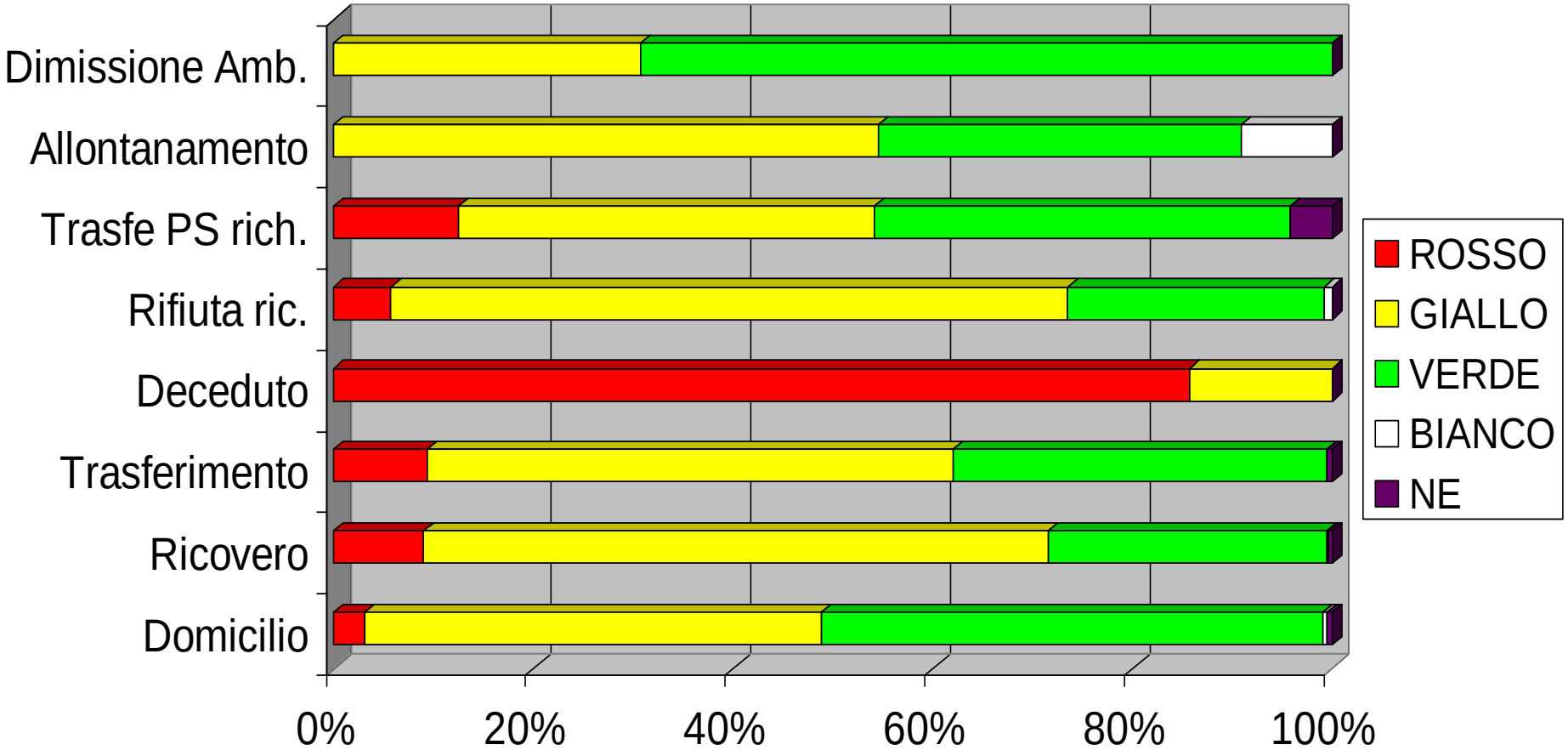
Accessi PS Roma 2011 per “problemi intossicazione, abuso,dipendenza,..”:

codici colori ed esito (0,31% di accessi tot).



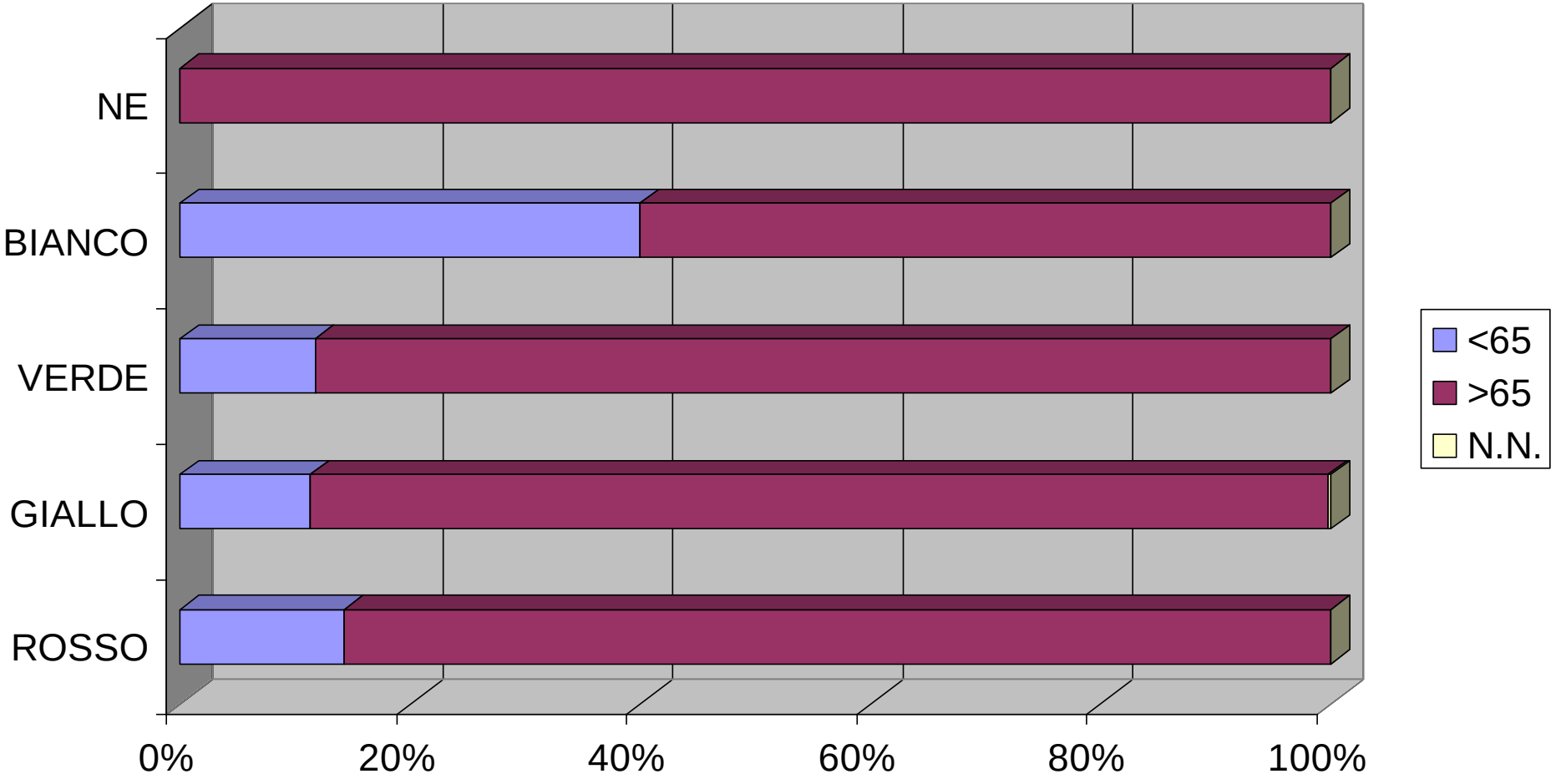
Accessi PS Roma 2011 per “Demenza, vasculop. cerebrale,..”:

codici colori ed esito (0,14% di accessi tot).



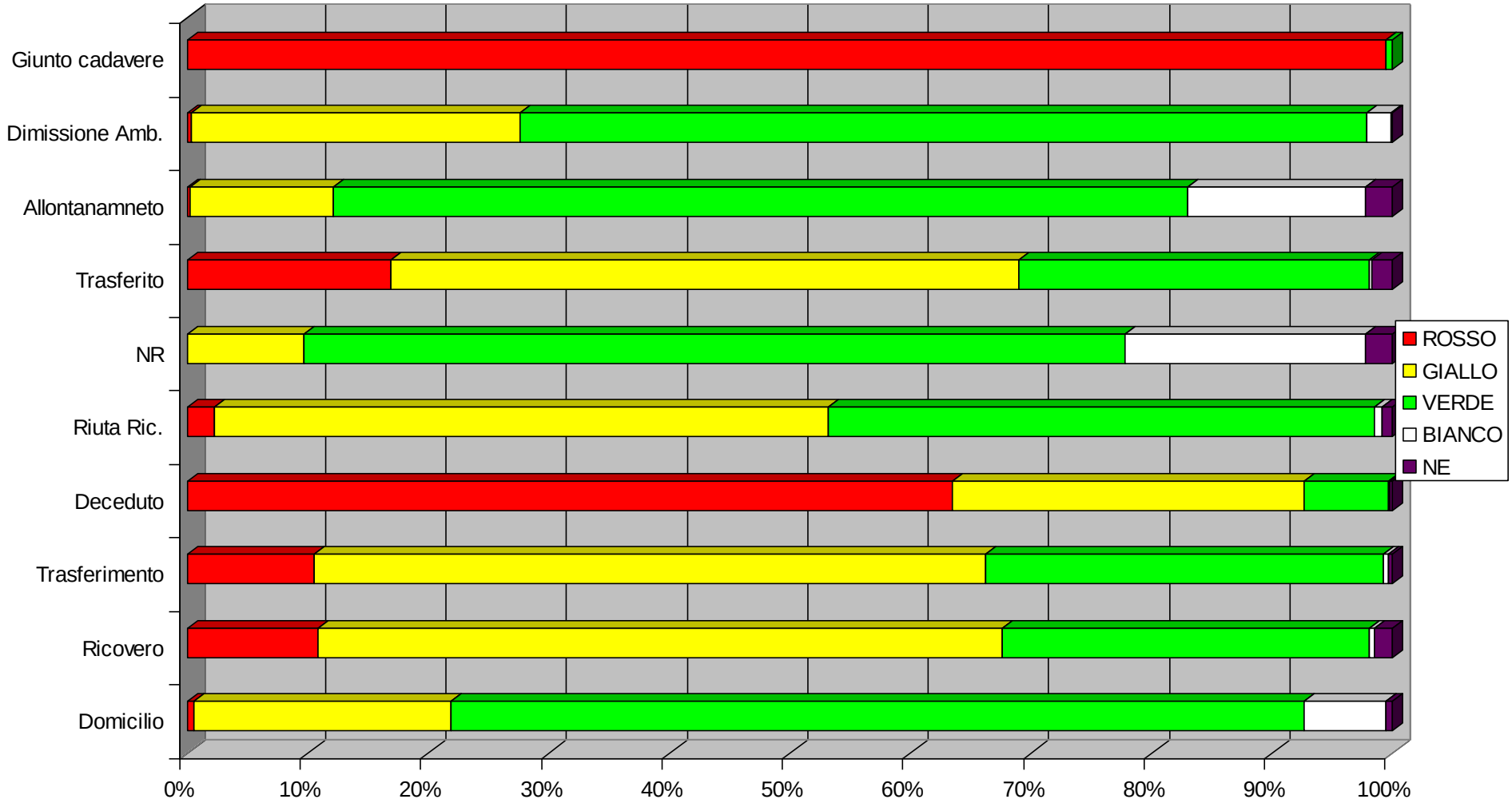
Accessi PS Roma 2011 per “Demenza, vasculop. cerebrale,..”:

codici colori e età (0,14% di accessi tot).



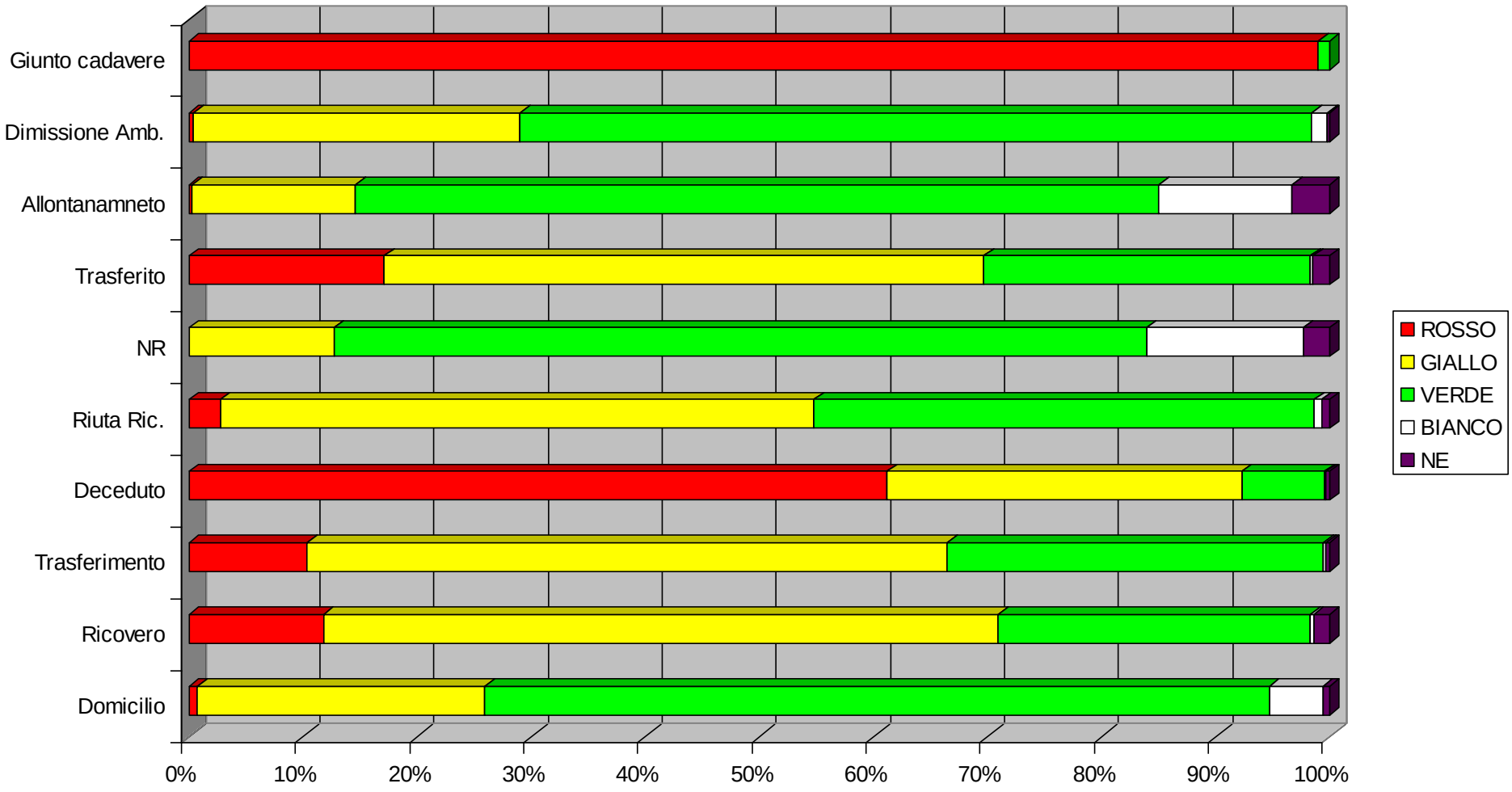
Accessi PS Roma 2011 Paz. > 65 aa

codici colori ed esito (20,05% di accessi tot).



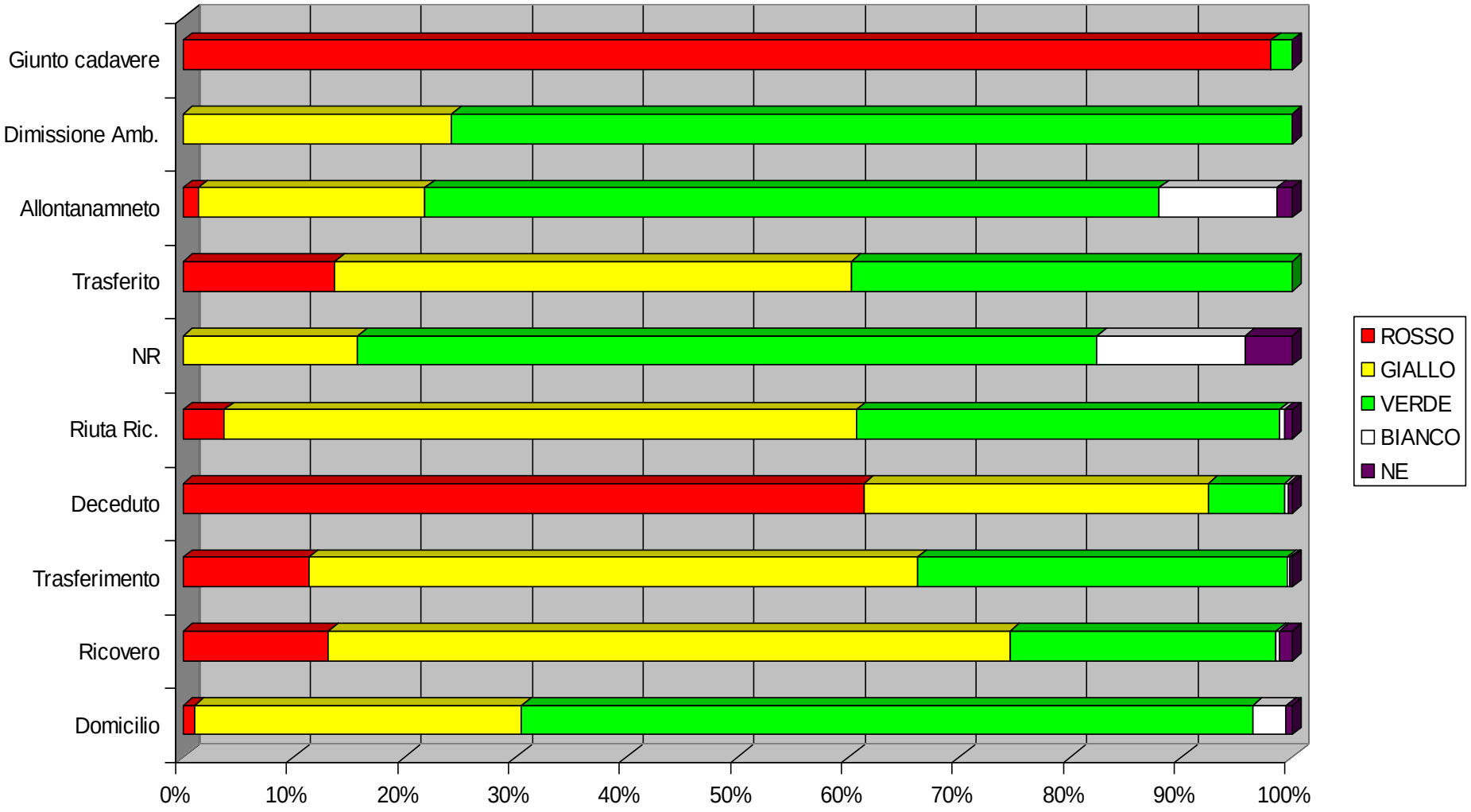
Accessi PS Roma 2011 Paz. > 80 aa

codici colori ed esito (7,32% di accessi tot).



Accessi PS Roma 2011 Paz. > 90 aa

codici colori ed esito (1,11% di accessi tot).



Personale infermieristico Triage PS/DEAI/DEA II Roma

Struttura/ accessi	7-14	14-21	21-7	N° accessi 2011
DEA II	2	2	2	74000
DEA I	3	3	2	80000
DEA I	2	2	2	59575
DEA II	3	3	2	95416
DEA I	2	2	2	48567

Personale infermieristico Triage PS/DEAI/DEA II Roma

Struttura/ accessi	7-14 (7h)	14-21 (7h)	21-7 (10h)	N° accessi 2011
DEA II	2x39,1 *(10,7min)*	2x38,4 *(10,9min)*	2x23,8 *(25,2min)*	74000
DEA I	3x28,8 *(14,5min)*	3x27,2 *(15,4min)*	2x25,4 *(13,6min)*	80000
DEA I	2x32.2 *(12,4min)*	2x30,4 *(13,5min)*	2x18,9 *(31,7min)*	59575
DEA II	3x33,3 *(12,6min)*	3x33 *(12,7min)*	2x30.5 *(19,6min)*	95416
DEA I	2x26,2 *(16,0min)*	2x24,8 *(16,9min)*	2x15,4 *(38,9min)*	48567

Riflessioni…..

- Il tempo medio per paziente al triage varia da un minimo di 10 min durante il turno mattutino, ad un massimo di 38 min durante il turno notturno.
- Il sovraccarico di lavoro diurno comporta che la rivalutazione del paziente, sia quantitativamente che qualitativamente ("*aspetti clinici e relazionali*"), venga compromessa.

Standard strutturali e organizzativi

Gruppo di lavoro SIMEU-FIMEUC

Aree

2007

1. Camera calda
2. Attesa sorvegliata
3. Triage
4. Urgenze Maggiori (R/G)
5. Urgenze Minori (V/B)
6. OBI
7. Degenza a medio alta intensità
8. Radiologia
9. Decontaminazione

2011

1. Camera calda
2. Attesa sorvegliata
3. Triage
4. Emergenza (R)
5. Urgenza (G/V)
6. Minors (A/B e Fast-Tracks)
7. Attesa “assistita”
8. Osservazione Breve Intensiva
9. Area di Degenza (Breve e semiintensiva)
10. Radiologia (dedicata)
11. Decontaminazione
12. Discharge Room

2. Spazio TRIAGE e 3. Locali attesa post-TRIAGE

2.

Si raccomanda che l'area di triage sia progettata per due tipologie di Triage, in quanto appare rilevante requisito di qualità l'organizzazione suddivisa in Triage per pazienti barellati e per pazienti deambulanti.

Postazione per triage ambulanti
Postazione per triage barellati

3.

Deve essere prevista una sala d'attesa per pazienti deambulanti, autosufficienti già sottoposti a triage e per i loro accompagnatori.

E' inoltre necessario prevedere locali per l'attesa dei pazienti barellati

Si raccomanda che i locali d'attesa del Pronto Soccorso siano sorvegliati.

Prevedere anche uno spazio adeguato per i bisogni della popolazione ammalata non autosufficiente e per la comunicazione.

STANDARD DI PERSONALE

Criteri per la determinazione degli organici:

Numero degli accessi (criterio sempre individuabile ma troppo "generico").

Non si può però prescindere dalla valutazione di altre condizioni non sempre facilmente individuabili ma comunque condizionanti l'organizzazione quali:

Gravità della patologia (case-mix clinico-assistenziale)

Livello di crowding (E' oramai una costante la presenza di pazienti in attesa di posto letto. Di questo dovrebbe tenersi conto nella pianificazione degli organici in quanto qualora questi pazienti "boarders" superino un numero x predefinito deve essere allestita un "holding area "strutturale che non può essere a carico del personale dedicato al P.S.. Altrimenti nella determinazione del numero di personale si deve prevedere anche tale funzione oltre quelle già previste.

Benchmarking

STANDARD DI PERSONALE

Personale Infermieristico (dotazione minima):

Pronto Soccorso: Da 30 a 40000 accessi "reali" (paz. processati in PS):

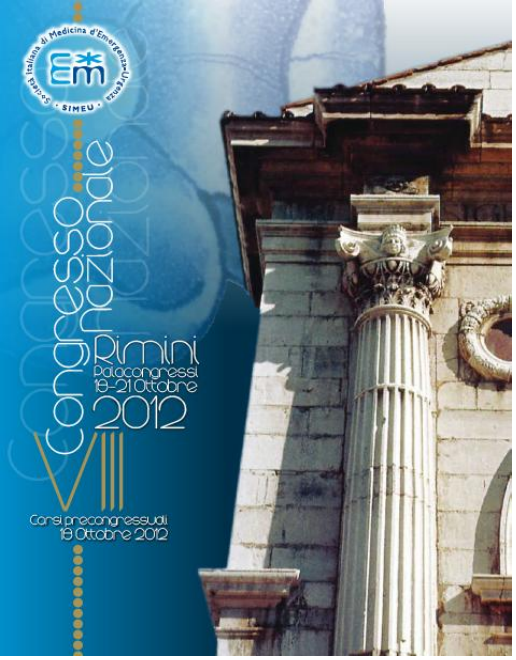
1 triagista 8-22 (tot = 4) (da considerare h 24 in base ai flussi)
3 infermieri nelle 24 ore (tot = 18) (2 sotto 30000)
1 post-triage 8-22 (tot = 4) (vedi triage)
1 infermiere 24/24 h per ogni 8-10 postazioni di OBI

Oltre 40000 accessi "reali" si incrementa di 3 Unità infermieristiche (totali) ogni 10000 accessi

Nei DEA di primo e secondo livello vanno inoltre considerati:

1 infermiere dedicato h 24 all'area rossa per i DEA di 2° livello con "case mix" pesante
1 infermiere 24/24h ogni 8 letti di degenza breve
1 infermiere 24/24h ogni 4 letti di alta intensità (semiintensiva)

Sono esclusi dal computo i coordinatori



SALA DEL TEMPIO 1 **17.00 - 18.15**

UPDATE SUL TRIAGE

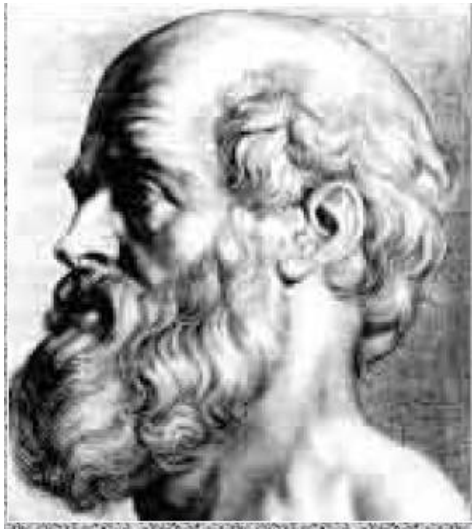
Moderatori: M. Chiesa, A. Rosselli

società italiana medicina d'emergenza-urgenza

3

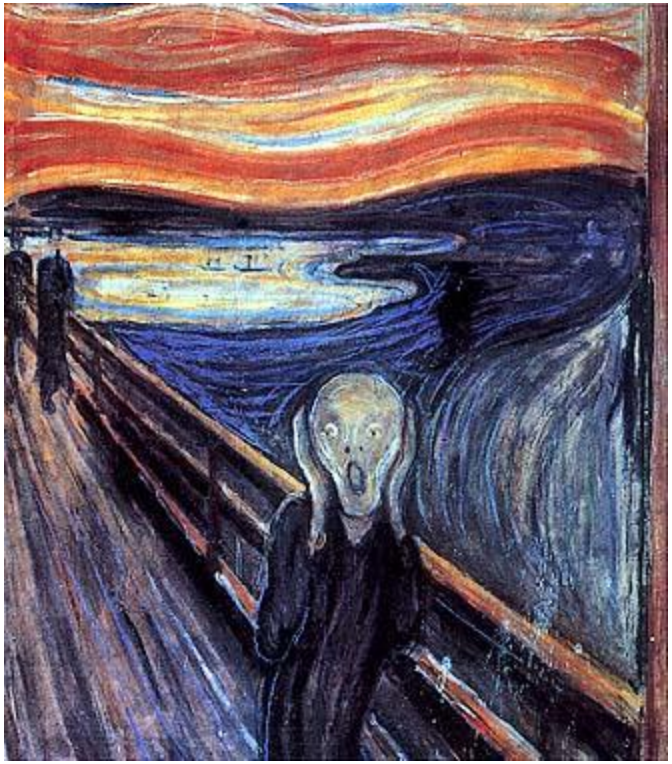
Conclusioni

- Il fattore umano al triage è un valore aggiunto della “persona”, professionista dell’emergenza, imprescindibile.
- Il modello di triage “globale” cura, oltre la metologia tecnica, anche gli aspetti umani e relazionali.
- La formazione, ed in particolare l’”audit clinico” contribuisce a migliorare non solo gli aspetti tecnici, ma anche quelli umani e relazionali.
- L’organizzazione, l’overcrowding, la complessità assistenziale influenzano i carichi di lavoro e quindi anche la professionalità e l’umanizzazione professionale.



“Il corpo umano è un tempio e come tale va curato e rispettato, sempre.” (Ippocrate)

“Se c'è amore per l'uomo, ci sarà anche amore per la scienza.” (Ippocrate)



"L'Urlo" E. Munch 1893

"I protocolli terapeutici sono ormai comuni, una volta che il paziente è stato etichettato con una diagnosi.

Il paziente si imbarca in un programma prefissato di cura che ha lo stesso grado di personalizzazione riservato alle automobili nell'autolavaggio".

(Patrick Wall, "Perché proviamo dolore")

Grazie!

mpiaruggieri@hsangiovanni.roma.it