

*Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.*

## Le linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero

*Commento a cura di Giuseppe Pagano*

*Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata- Verona*

“In Pronto Soccorso si aspetta” disse una signora ad un altro paziente che faceva storie in attesa di essere visitato dal medico. I lunghi tempi di attesa in pronto soccorso sono un dato appartenente sia alla popolazione adulta che pediatrica, in Italia e all'estero, indipendente dal sistema delle fee o del tipo di sistema sanitario pubblico o privato. Sia nella popolazione adulta che in quella pediatrica questi accessi eccessivi trovano nella scarsa health literacy una delle cause più importanti, oltre a una percezione diversa del problema di salute da parte del malato rispetto al medico/pediatra, che molte volte è legata a una cattiva comunicazione fra le due parti, in termini di efficacia (ascolto e teach back), stesso fattore che influenza anche il tasso dei rientri dei pazienti in PS dopo essere stati dimessi, magari, ore o giorni prima. I dati provenienti dai servizi sanitari regionali (AGENAS) spesso, non fotografano gli indicatori di processo ma solo gli esiti, non permettendo di fornire un quadro oggettivo di quanto accade realmente nelle diverse realtà dei Pronto Soccorsi italiani. La tempistica maggiore dell'attesa non è rappresentata tuttavia dai tempi di accesso del paziente al triage, ma bensì dalla fase successiva, cioè quella che prevede l'esecuzione della diagnostica, il coinvolgimento dei consulenti e l'attesa alla risposta alle terapie da parte del paziente, fino alla sua dimissione. Lo scorso giugno il ministero della sanità grazie all'accordo stato regioni ha introdotto le nuove linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero e dell'osservazione breve intensiva, alle quali entro 18 mesi le diverse strutture dovranno adeguarsi. Una delle novità riguarda i nuovi codici di accesso che da colore passano a numerici con l'inserimento di un 5° codice di gravità rispetto ai 4 presenti e momentaneamente, su richiesta delle regioni, i codici colore affiancheranno i numerici (rosso-1, arancione-2, azzurro-3, verde-4, bianco-5). Le attese massime previste dal momento del triage alla visita sono: codice 1 (accesso immediato), codice 2 (attesa 15 min), codice 3 (attesa 60 minuti), codice 4 (attesa 120 min), codice 5 (attesa 250 minuti). Il tempo massimo previsto dalla presa in carico alla conclusione della prestazione di pronto soccorso è fissato in 8 ore. Per quanto riguarda l'osservazione breve (OBI) le nuove linee guida prevedono tempi di attesa minimo di 6 ore dall'ingresso in OBI fino a un massimo di 36 ore dalla presa in carico al triage. Il documento definisce inoltre l'obbligo di formazione specifica dell'infermiere preposto al triage. Il documento prosegue identificando nel See and Treat e nel Fast Track due modalità atte a identificare percorsi condivisi fra ospedale e territorio per far fronte sia ai diversi tipi di fragilità sociali (es maltrattamento) che alle cure di fine vita. Va da sé che lo sforzo principale per ridurre il sovraffollamento dei pronto soccorsi va fatto nei confronti dei codici non gravi cioè di tutti quei pazienti che pur potendo essere visti dal medico/pediatra di base si recano in pronto soccorso, per motivi non urgenti o spesso per saltare l'attesa di una esame/visita specialistica, che

costituiscono fino al 50% degli accessi in pronto soccorso, seppur con sensibili differenze da regione a regione e tra popolazione pediatrica e adulta. In questo senso la nuova ridefinizione dei codici di accesso dovrebbe offrire dati più precisi su tutta quella quota di pazienti per i quali vanno individuati altri percorsi al di fuori del pronto soccorso, che coinvolgono per forza di cose i servizi di assistenza territoriale che vanno a questo punto ripensati incentivando la medicina di gruppo, le aggregazioni funzionali territoriali, le unità complesse di cure primarie, le case della salute, gli ospedali di comunità e gli hospice. Ultimo ma non ultimo questo documento vuole implementare anche una migliore gestione dei posti letto all'interno degli ospedali mediante la figura del bed manager ma questa volta coinvolgendo anche la direzione aziendale che deve occuparsi del coordinamento e dell'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostico terapeutici. Sicuramente questo documento è un buon inizio, restano tuttavia alcune perplessità legate alla ormai cronica carenza di organico, ai pochi posti letto in ospedale, ai compartimenti stagni dentro i quali i pazienti si muovono, in termini di assenza di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi fra medici di base e ospedalieri, fra pronto soccorso e le altre UO che gestiscono il paziente in maniera trasversale. Manca inoltre ancora la creazione di un database nazionale consultabile dal medico di pronto soccorso, di cui il fascicolo sanitario elettronico ne è solo una pallida immagine e che consentirebbe di mettere istantaneamente in comune e fruibili le informazioni fra i diversi servizi all'interno dei quali ruota il cittadino. Ciò comporterebbe, fra le altre cose, la migliore identificazione dei flussi migratori fra i diversi ospedali all'interno del territorio cittadino, regionale e nazionale cosa che consentirebbe di intervenire in maniera puntiforme sui fattori favorenti tali fenomeni. In questo modo le risorse potrebbero essere meglio indirizzate, al fine di favorire il raggiungimento di una maggiore uguaglianza della qualità delle cure all'interno del territorio nazionale, distribuendo meglio il carico lavorativo all'interno dei Pronto Soccorsi, oltre che consentire al sistema sanitario di identificare meglio le fasce a rischio della popolazione sulle quali intervenire (frequent users, medical shoppers ecc). Manca infine una precisazione sui criteri di erogazione delle risorse per chi “fa bene” rispetto a chi non lo fa; si sa bene infatti come incentivi e tagli lineari, non partendo dalle analisi di merito, abbiano poco effetto sulla valorizzazione e sul miglioramento dell'operato delle diverse strutture e sull'incentivazione degli operatori che vi lavorano.

PEC

Ministero della Salute  
UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute  
GAB  
0005303-P-28/05/2019  
1.8 d.1/4  
335389910

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
DAR 0008403 A-4.37.2.10  
del 26/05/2019  
23631837

Al Cons. Adriana Piccolo  
Direttore dell'Ufficio di coordinamento  
della Segreteria della Conferenza  
permanente per i rapporti tra lo Stato, le  
regioni e le Province autonome di Trento e  
Bolzano  
[statoregioni@mailbox.governo.it](mailto:statoregioni@mailbox.governo.it)  
e p.c.  
Al dott. Andrea Urbani  
Direttore della programmazione sanitaria

**OGGETTO:** Proposta di Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province  
Autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Linee di indirizzo  
nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali  
sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo  
sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto, per inserimento all'ordine del  
giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Il vice Capo di Gabinetto  
dott. *Adriano Luchino*

Al/ys