

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	PROTOCOLLO AZIENDALE	
GESTIONE RISCHIO CLINICO		

Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage all'interno del Pronto Soccorso

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
0	GIUGNO 2015	Responsabile Rischio Clinico Dott.ssa Mara Masullo Coordinatrice Dirigente Medico P.S. Dott. Domenico Chicco Infermiere Rischio Clinico Dott. Leonardo Di Leo Infermiere118 Dott. Michele Massaro Infermiere Sistemi Informativi Dott. Antonio Piccolonna Infermiere P.O. Dipartimento Emergenza/Urgenza Dott. Ferdinando Carpentiere	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza Dott. Egidio Fasanella Direttore P.S. PP.OO. Andria e Barletta Dott. Cosimo D. Cannito Coordinatore Unico Ospedaliero Dott. Francesco G. Doronzo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Carlo Di Terlizzi

INDICE

Premessa	pag. 3
Obiettivi	pag.3
Campo di applicazione	pag. 4
Responsabilità	pag.4
Descrizione del fenomeno	pag.5
Distribuzione della procedura	pag. 7
Conclusione	pag. 11
Bibliografia	pag. 11
Allegati	pag. 11
Protocolli operativi	pag. 12

PREMESSA

Questo documento prende origine dalla necessità e con la finalità di uniformarsi alla Raccomandazione Ministeriale n. 15, Febbraio 2013 "**Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso**", e il protocollo elaborato delinea le azioni da intraprendere per la corretta attribuzione del codice colore.

Si può affermare che il verificarsi dell'evento avverso può indicare un malfunzionamento del sistema di triage, le cui cause possono essere ricondotte fondamentalmente a tre direttrici : una scarsa conoscenza e condivisione intra ed inter professionale dei protocolli da parte del personale coinvolto, un cattivo adattamento locale dei protocolli usati presso la struttura, oppure una condizione di carenza di formazione e addestramento del personale infermieristico e medico assegnato.

Il riconoscimento dell'evento è importante sia per procedere alla revisione dei protocolli di triage , sia per programmare e avviare un'attività di formazione e addestramento nonché aggiornamenti (cd recall) per gli operatori già formati.

Le fonti utilizzate per l'analisi dell'evento avverso sono:

- schede di triage
- qualsiasi altra documentazione o fonte utile alla raccolta delle informazioni quali ad es. procedure, protocolli, linee guida, check list, ecc.

OBIETTIVI

Lo scopo del presente lavoro è quello di definire e uniformare le modalità del processo di triage rivolto a tutti gli utenti che accedono alle U.O. di Medicina e Chirurgia Accettazione Urgenza dell'Asl BT, così da ridurre al minimo possibile gli errori di valutazione e di assegnazione del codice potenzialmente in grado di determinare un danno grave o la morte del paziente.

Il processo finalizzato a garantire l'accesso alle cure secondo criteri di priorità basati sulla gravità attuale e/o potenziale delle condizioni del paziente, la funzione del servizio di triage, di fatto, deve regolare il flusso alla sala visita di tutti i pazienti che accedono al pronto soccorso, attraverso il mezzo proprio o attraverso il SEUS 118,

Le criticità del processo di triage che possono condurre a una non corretta attribuzione del codice e, quindi, al rischio che si verifichi un evento avverso si possono identificare in tre ambiti:

- Ambito strutturale organizzativo
- Ambito assistenziale
- Ambito relazionale

Partendo da questi ambiti di criticità si possono definire gli Obiettivi specifici da conseguire :

- Ridurre al minimo possibile il ritardo nell'intervento sul paziente urgente
- Regolare il flusso dei pazienti e mantenere l'efficienza complessiva della struttura di Pronto Soccorso.
- Favorire la diffusione dei protocolli operativi, permettendo una corretta attribuzione dei codici di gravità.
- Diminuire la incidenza percentuale di non corretta attribuzione del codice triage, e il potenziale danno conseguente

- Favorire il coinvolgimento degli operatori sanitari
- Favorire la comunicazione efficace tra tutti gli operatori sanitari, al fine di ridurre l'evento avverso.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutti gli operatori sanitari delle UU.OO. di Pronto Soccorso dell'ASL BT devono adottare il presente documento.

RESPONSABILITÀ:

	Fase Progettuale			Fase Operativa					Proposta
	elaborazione	verifica	approvazione	informazione	applicazione	Controllo operativo	Segnalazione criticità	formazione	Revisione periodica
<i>Gruppo di lavoro</i>	R								R
<i>Direttore U.O.D.E.A.</i>		R		R		R	C	R	R
<i>Coord. U.O.</i>		R		C		R	C	R	C
<i>Dirigente Medico</i>					R	C	R	C	C
<i>Infermiere</i>					R	C	R	C	C
<i>Direttore Sanitario Aziendale</i>			R						

R: Responsabilità C: Collaborazione

- **Il Direttore Sanitario Aziendale** è responsabile:
 - della approvazione della procedura.
- **I Direttori Sanitari dei PP.OO. e i Coordinatori Infermieristici delle Direzioni Sanitarie** dei PP.OO. sono responsabili:
 - della vigilanza sulla corretta applicazione della procedura;
- **Il Direttore dell'U.O. è responsabile:**
 - Della formulazione dei protocolli di triage (secondo la normativa vigente)
 - Della costante e corretta applicazione della procedura;
 - Della continuità dell'informazione e formazione del personale medico e infermieristico afferente all'U.O. sulle modalità di utilizzo della procedura, nonché della corretta conservazione della documentazione ai fini dell'archiviazione;
- **Il Medico dell'U.O. è responsabile:**
 - 1- Controllo e supervisione dell'attribuzione del codice di gravità in ossequio aderenza ai protocolli operativi (la cui responsabilità di pertinenza e competenza del dirigente medico del pronto soccorso
 - 2- della segnalazione di casi di non corretta attribuzione del codice di triage e dei potenziali o occorsi eventi avversi derivanti

- 3- della identificazione e valutazione dei pazienti che hanno subito un danno conseguente alla non corretta attribuzione del codice di triage.
- Il Coordinatore Infermieristico dell'U.O. è responsabile:
 - dei locali di triage e delle sale di attesa
 - del corretto funzionamento di tutte le apparecchiature sanitarie e tecnologie di cui sono dotate le sale triage
 - della formazione degli operatori sanitari e del percorso formativo e graduale inserimento dei neo assunti.
- L'Infermiere è responsabile
 - Della corretta applicazione dei protocolli di triage
 - Dell' utilizzo del software EDOTTO relativamente alla corretta e completa compilazione della scheda di triage, applicando i protocolli adottati dall'unità operativa anche attraverso l'uso di eventuali flow chart.
 - Della gestione dei pazienti ed utenti in sale di attesa.
 - Delle segnalazioni degli eventi avversi originati e/o comunque connessi a non corretta attribuzione del codice di triage

DESCRIZIONE DEL FENOMENO

Gli accessi complessivamente registrati in tutti i pronto soccorso dell'ASL BT relativamente all'anno 2014, sono risultati pari a **94.707** Utenti.

Il triage è stato attivo esclusivamente presso i Pronto Soccorso dei DEA di I-II livello, di Andria e Barletta, le cui Unità operative di MCAU hanno erogato complessivamente **83.114** prestazioni, corrispondenti all' **87,76%** delle prestazioni totali della ASL, così ripartite:

- Il DEA Barletta = **44.016** (**46,48 %** delle prestazioni)
- Il DEA di Andria = **39.098** (**41,28 %** delle prestazioni)

I codici gialli sono risultati così distribuiti :

- **15.571** per il DEA di Barletta pari al **35,38 %** delle prestazioni
- **8.972** per il DEA di Andria pari al **22,95%** delle prestazioni.

Complessivamente si è osservato per i codici gialli :

DEA Barletta Totale accessi 44.016	n.	%
totale codici gialli	15.571	100%
Ricovero d'urgenza	4.984	32,01%
Trasferimenti altro Istituto	322	2,07%
DECESSO IN PRONTO SOCCORSO	2	0,01%
Giunto cadavere	2	0,01%
Dimissione a domicilio/Medico curante	8.605	55,26%
Il paziente abbandona il PS prima della visita medica	98	0,63%

Il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	502	3,22%
Rifiuta ricovero	1.056	6,78%

DEA Andria Totale accessi	n.	%
totale codici gialli	8.972	100%
Ricovero d'urgenza	1.922	21,42%
Trasferimenti altro Istituto	576	6,42%
DECEDUTO IN PRONTO SOCCORSO	2	0,02%
Giunto cadavere	6	0,07%
Dimissione a domicilio/Medico curante	5.842	65,11%
Il paziente abbandona il PS prima della visita medica	58	0,65%
Il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	60	0,67%
Rifiuta ricovero	506	5,64%

Analizzando i dati, si può osservare che nell'ASL BT la mortalità in Pronto Soccorso legata all'assegnazione di codici gialli è bassa.

Il paziente al quale il triage ha assegnato il codice giallo, viene per la maggior parte dei casi dimesso a domicilio e inviato al medico curante: questo aspetto potrebbe per certi versi essere indice di una eventuale tendenza all'errore di sovrastima da parte dell'operatore.

Un dato allarmante è l'abbandono del paziente prima della visita (cd "left without been visited" LWBV degli anglosassoni) o nel corso di accertamenti ma pur sempre prima della chiusura della relazione di pronto soccorso, aspetto correlato, la maggioranza delle volte, da un lato ai lunghi e talvolta eccessivi tempi di attesa in sala triage e, dall'altro, alla presenza di patologie che il paziente stesso non percepisce come gravi e/o pericolose o, comunque tali da indurlo ad attendere la visita o la prosecuzione del percorso diagnostico terapeutico.

Analizzando ulteriormente la realtà della ASL BAT, sono inoltre emersi i seguenti dati oggettivi

- 1- l'elevato numero di accessi al pronto soccorso;
- 2- l'elevato numero di richieste di ricovero ospedaliero;
- 3- elevato e crescente numero di prestazioni diagnostiche e terapeutiche complesse .
- 4- l'elevato numero di prestazioni connesse ad accesso da servizio di emergenza territoriale 118;
- 5- l'elevato numero di prestazioni nelle ore diurne;

A questi dati, si aggiungono altre problematiche alcune delle quali in fase di superamento, nei seguenti ambiti.

1. Ambito organizzativo strutturale:

- carenza di personale sanitario infermieristico;
- collocazione logistica delle sale d'attesa;

- assenza di sale di triage dedicate ed attrezzate (trriage strutturale);
 - interazione tra sistemi extra e intraospedalieri;
 - implementazione del software di Triage Edotto
2. Ambito assistenziale:
- incompleta raccolta dati oggettivi e soggettivi;
 - incompleta (o difficoltosa, o assente) rivalutazione del paziente nella fase di triage ;
 - incompleto utilizzo delle risorse tecnologiche disponibili nei P.S.;
3. Ambito relazionale:
- limiti di comunicazione per problemi linguistici, culturali, anagrafici e relazionali
 - carenza dei mediatori culturali nei pronto soccorso

DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA:

Al fine di facilitare il comportamento da attuare per prevenire o limitare i danni dovuti a una errata attribuzione di codice triage in ambito intra ospedaliero, questa organizzazione sanitaria prende in considerazione:

1. la predisposizione e l'adozione di **protocolli e/o procedure** finalizzati al corretto svolgimento dell'attività di triage e, quindi, per l'identificazione certa del paziente e per l'adeguata attribuzione del codice di priorità per i pazienti che accedono ai Pronto soccorso.

2. la **predisposizione di programmi di formazione specifica e addestramento** del personale infermieristico addetto all'attività di triage , mirati anche alla valutazione diversificata del paziente adulto e del paziente in età pediatrica, in ambito intraospedaliero;

3. l'adozione, relativamente al triage di tipo intraospedaliero, di adeguate **soluzioni organizzative, strutturali e logistiche dell'area di triage e delle sale di attesa**, diversificate tra adulto e bambino, se la numerosità degli accessi lo giustifica.

Per quanto concerne il primo punto, innanzitutto, verrà implementato da parte degli operatori sanitari l'uso e l'utilizzo degli algoritmi già presenti nel Software EDOTTO, permettendo una riduzione del rischio di attribuzione del codice triage.

Allo stato attuale, è opportuno precisare che il sistema informativo Regionale Edotto è partito nella nostra ASL, solo a livello dei DEA I E II livello da gennaio 2015. In questo periodo, sono emerse delle criticità che saranno rivalutate e superate in una seconda revisione del seguente protocollo.

Ad esempio, si cercherà di integrare nella scheda di triage, alcune note anamnestiche e la terapia che abitualmente assume il paziente, così da favorire il processo decisionale dell'operatore nella corretta codificazione della sua sintomatologia e dei suoi segni clinici (es. dolore toracico o addominalgia in un paziente con TAO).

Verranno anche registrate le prestazioni infermieristiche effettuate nel durante il processo di triage , le eventuali rivalutazioni del paziente e le consegne infermieristiche durante il cambio turno (hand-off.)

Nella attribuzione del codice di priorità l'operatore dovrà seguire un processo decisionale razionale, strutturato per tappe successive, da percorrere rapidamente (e talvolta avvalendosi di tecniche di multitasking nella valutazione contemporanea e contestuale di situazioni cliniche complesse) avvalendosi della valutazione di parametri clinici e obiettivi di volta in volta osservabili, misurabili e ricercabili, nonché della applicazione corretta dei protocolli operativi costruiti intorno ai più comuni quadri di presentazione o "segni-sintomi guida" a loro volta correlati a quelli del "progetto mattone" ministeriale.

In questa prospettiva i primi elementi di valutazione saranno necessariamente semplici e generali e includeranno

1. gli indicatori ictu oculi
2. l'eventuale scala neurologica del CPSS
3. i parametri vitali

1. **Gli indicatori ictu oculi**, che sono di fondamentale importanza nell'inquadramento iniziale del paziente, e talvolta possono bastare da soli a includere un paziente in una classe elevata o per contro a escluderla. Per quanto a volte sottovalutati costituiscono una solida base sulla quale poggiare il processo valutativo e decisionale e ridurre l'errore nell'assegnazione del codice

Ossigenazione e perfusione tissutale – attivazione sistema nervoso autonomo	Ossigenazione Tissutale	Cute-mucose rosee	Cute-mucose pallide	Cute-mucose cianotiche
	Cute	Asciutta	Sudorazione calda	Sudorazione fredda
	Sensorio	Integro	Obnubilato	Coma
	Respiro	Eupnoico	Dispnoico	(Gasping / Apnea)
	Puls	Ritmico	Aritmico	(Assente)

2. Tra le scale neurologiche l'operatore dovrà considerare la **Cincinnati Prehospital Stroke Scale**, che lo aiuterà a definire un codice colore appropriato nei pazienti neurologici sulla base della semplice e immediata valutazione dei seguenti parametri

Mimica Facciale	I due lati del volto non si muovono allo stesso modo	Si	No
Spostamento delle braccia	Un braccio non si muove o cade giù	Si	No

Linguaggio	Il paziente inceppa sulla parola, usa parole inappropriate o non è in grado di parlare	Si	No
-------------------	--	----	----

3. Si rimanda alla deliberazione n. 1414 del 12/09/201 avente ad oggetto "Adozione Manuale "Ospedale senza dolore" e al relativo allegato per la valutazione **valutazione del dolore, parametro che da solo può condizionare la complessiva valutazione e l'attribuzione del codice.**

4. In ultimo, nella prima fase della valutazione l'operatore dovrà procedere alla misurazione dei parametri vitali, che rappresentano parte integrante dell'intero processo e costituiscono, nella loro obiettività un necessario riferimento anche dal punto di vista medico legale, pur con l'avvertenza che, da un punto di vista clinico la loro misurazione e risulta sempre importante, ma decisiva in circa il 10% dei casi

- La misurazione dei parametri vitali è parte integrante ed elemento imprescindibile nella valutazione di Triage
- Una significativa alterazione dei PV correttamente ottenuti è affidabile indice di sofferenza e di condizione di potenziale evolutività
- Recentemente è diminuita l'enfasi attribuita al ruolo dei parametri vitali, che va interpretato sempre nel contesto della valutazione globale
- parametri vitali normali o poco alterati non sono sicuro indice di scarsa evolutività o "tranquillità" del paziente, specie se in un contesto clinico globale caratterizzato da indicatori che depongono per potenzialità evolutiva delle condizioni cliniche.
- Secondo alcuni studi i Parametri Vitali modificano l'attribuzione del codice solo in circa il 9% dei casi
- Cooper et al.: Effect of vital signs on triage decisions. Ann. Emerg. Med. 2002; 39: 223-232
- L'IT non è tenuto a una diagnosi, ma a una valutazione di priorità (potenzialità evolutiva a breve termine) sulla base di un processo di valutazione
- La misurazione dei Parametri Vitali costituisce parte integrante del processo di valutazione
- Per questa ragione l'IT è tenuto alla misurazione e annotazione dei PV, anche per eventuali possibili profili di responsabilità medico-legale derivanti dalla loro mancata registrazione
- Sono considerati minacciosi i seguenti valori

PARAMETRI VITALI

Sono considerati minacciosi i seguenti valori

PA SISTOLICA	<90	>180-200
PA DIASTOLICA		>120

FC	<40-50	>120-140
FR	<10	>29
GCS	≤13 (14)	
SPO2	<85 (R) / <90 (G)	
TC (ETÀ)	<32°	>39-41°

Sulla scorta dei parametri di valutazione generali descritti si potrà delineare un primo quadro di caratteristiche in base al quale l'operatore potrà assegnare il codice di priorità nel paziente adulto, con i relativi tempi di attesa (per questi ultimi consultare e adattarsi meglio a quanto nel materiale bibliografico fornito con particolare riferimento a quanto suggerisce il gruppo formazione triage, contenuto nella rivista Monitor n. 29 dell'0 AGENAS)

1. codice rosso

L'accesso in sala visita è immediato!

- PAS < 90 mmHg o ≥ 250 mmHg
- PAD ≥ 130 mmHg
- FC ≤ 40 b/m o ≥ 160 b/m
- FR < 10 atti/min o atti/min (29)
- GCS ≤ 13
- SpO2 < 86%
- TC 33°-34°

2. codice giallo

L'accesso in sala visita è previsto intorno ai 20 minuti

E' necessaria una rivalutazione del paziente tra 5 - 15 minuti

- PAS < 90 mmhg; > 180 mmHg e < 250 mmHg
- PAD ≥ 120 mmHg e < 130 mmHg
- FC > 40 e < 60 b/m; > 110 e < 160 b/m + aritmia
- FR 18-29 *atti min*
- GCS 13-14
- SpO2 86-90 %
- TC 35-35,5°C e > 39,5°C
- Scala del dolore Grado > 3

3. codice verde

Il tempo di attesa è previsto dai 60 –120 minuti.

E' necessaria una rivalutazione ogni 60 minuti

- PAS 90-180 mmHg
- PAD <120mmHg
- FC 60-110 b/m
- FR 10-24 atti/min
- GCS 15
- SpO2 > 90 ≤99 %
- TC ≥35,5 e < 39,5

4. codice bianco:

Il codice bianco rappresenta un codice attribuito per lo più "per esclusione". I pazienti richiedono prestazioni sanitarie per cui sono previsti percorsi extrospedalieri (medico di famiglia, ambulatori specialistici, consultori etc) E' necessaria una rivalutazione a richiesta. L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi.

È infine necessario porre l'attenzione alla valutazione dei pazienti "difficili" o che presentino aspetti di peculiarità che possono significativamente modificare il percorso valutativo e il processo decisionale :

- Pazienti con abuso etilico
- Pazienti con patologie psichiatriche
- Pazienti portatori di patologie cerebrali degenerative
- Pazienti di difficile approccio per barriere linguistiche e/o culturali
- Pazienti pediatrici
- Paziente anziani ,fragili e complessi, a quest' ultimo riguardo bisogna sottolineare come il paziente anziano, in generale, deve essere privilegiato sull'assegnazione del codice in entrata data la sua complessità assistenziale e la sua evoluzione patologica, con l'esclusione della codificazione bianco.

Per quanto concerne la formazione specifica e l'addestramento, l'azienda programma in continuità con quanto già intrapreso nel passato corsi dedicati sia al paziente adulto che pediatrico, nonché relativi agli aspetti della comunicazione efficace, rivolti principalmente al neo assunto, ma anche all' infermiere già formato come necessaria forma di aggiornamento e retraining.

Inoltre, l'infermiere di nuovo inserimento sarà previsto un'affiancamento.

In ordine alle soluzioni strutturali ed organizzative, si prevede l'adeguamento degli spazi di triage e di sale visite nei pronto soccorso dell'ASL BT, nonché di adeguamento degli spazi attraverso una segnaletica specifica che ne evidenzii i percorsi assistenziali.

In particolare, a seconda del volume di attività, l'area di triage deve:

- essere dotata di uno o più locali dedicati, attigui all'ingresso del Pronto Soccorso, rapidamente e ben identificabili dal paziente e accompagnatori, e in diretta comunicazione e facilmente raggiungibili rispetto alle sale di visita
- sorveglianza con videocamere, con Aree dedicate per coloro che necessitano di maggiore controllo, sia nella fase pre che nella fase post assegnazione codice.

Le sale di triage devono inoltre essere dotate di "apparecchiature diagnostiche semplici" e di materiale per un primo intervento di medicazione e/o immobilizzazione. Il materiale che dovrebbe essere in dotazione è il seguente:

- fonendoscopio
- sfigmomanometro
- termometro
- saturimetro
- monitor multiparametrico
- materiale per semplice diagnostica (elettrocardiografo, glucometro)
- materiale per medicazione
- presidi per immobilizzazione (barella cucchiaio, tavola spinale, immobilizzatori per arti, collari cervicali)
- appositi registri nei quali verranno annotati le movimentazioni dei presidi sia con il 118 sia eventuali associazioni di volontariato.

NOTE FINALI

Il presente protocollo sarà di oggetto di revisione e aggiornamento periodici, sulla base di elementi di carattere applicativo-procedurale locale, nonché di input di carattere generale che attengono alla continua evoluzione che caratterizza i sistemi di accoglienza e assistenza nell'emergenza-urgenza

- Monitoraggio attivo dell'implementazione
- Segnalazione degli eventi avversi/eventi sentinella (secondo la procedura di gestione Incident Reporting)
- Evoluzione del sistema di triage (trriage strutturato; presenza di personale medico al triage; unità assistenziale avanzata)

BIBLIOGRAFIA:

- Ministero della Salute, Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto - febbraio 2013
- Ministero della Salute, Raccomandazioni n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso" - febbraio 2013

- La gestione del rischio clinico, di M. Martini e C. Pelati, McGraw-Hill, giugno 2011
- Atto di Intesa Ministero della salute - Conferenza Stato-Regioni, G.U. n. 285, 7 dicembre 2001
- Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica: McGraw-Hill, Milano, 5° edizione 2008.
- Benci L., Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, Mc Graw-Hill, Milano, 1998.
- Casati M., La documentazione infermieristica, Mc Graw-Hill, Milano, 1999.
- Codice deontologico dell'infermiere, 2009.
- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196
- DM 739/94 "Regolamento concernente l'individuazione del profilo professionale dell'infermiere".
- GFT Gruppo Formazione, Triage Infermieristico, Mc Graw Hill, Milano, 3° edizione 2010.
- Legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
- Linee guida sul Sistema di emergenza sanitaria, in "Atto di Intesa Stato-Regioni", G.U. 17 maggio 1996, punto 3, funzione di triage.