

MI PUO' CAPITARE!

L'URGENZA IN PEDIATRIA

sul territorio, in pronto soccorso, in reparto

Sabato 29 marzo

10.30 IL TRIAGE - *Novità e responsabilità*

Conduce **B. Guidi**

Discussant **L. Pinto - D. Musca**

10°

Congresso
Nazionale

SIMEUP

DOTT. BATTISTA GUIDI (b.guidi@ausl.mo.it)

Dipartimento Materno – Infantile Azienda USL di Modena

Coordinatore Commissione Nazionale Triage Pediatrico SIMEUP

OBIETTIVI DELLA SESSIONE

- Triage pediatrico: in sintesi attuali punti di forza e criticità
- Novità 2014 in tema di triage pediatrico
- Responsabilità e Normativa in tema di triage pediatrico



In Italia dalla fine degli anni 90 ha iniziato a svilupparsi il triage pediatrico all'interno delle strutture ospedaliere, dapprima nell'ambito dei PS Pediatrici e successivamente nei PS Generali, in considerazione del continuo aumento degli accessi pediatrici alle strutture sanitarie.



Pediatria: 5,5 mln di baby accessi al pronto soccorso

il 40% degli accessi si verifica dalle ore 8 alle ore 14, un ulteriore 40% dalle ore 14 alle ore 20, il 20% dalle ore 20 alle ore 8.

Solo il 30% circa degli ospedali italiani dispone di un pronto soccorso pediatrico.

Il 70% circa delle prestazioni pediatriche viene erogato in un pronto soccorso generale.

Italo Farnetani, Adnkronos Salute 30 aprile 2012

Attualmente il sistema Triage intraospedaliero in Pediatria, regolamentato dalle normative del nostro paese anche formalmente, come sistema di accoglienza e valutazione del bambino che accede al Pronto Soccorso, presenta degli evidenti punti di forza, ma anche diverse criticità.

Triage: Normativa

DPR 226 27 marzo 1992

Determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza *pubblicato sulla G.U. n. 76 del 31/3/92*

DM 15 maggio 1992

Gazzetta Ufficiale n. 121 del 25/5/92

(definizione dei Codice Colore)

Comunicato n. 87 del 30-05-1992

Presidenza del Consiglio dei Ministri relativo al DPR 27 marzo 1992. *(istituzione del n° unico 118)*

Accordo Stato - Regioni

"Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992"

Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996



Triage: Normativa

Accordo Stato - Regioni

Accordo tra il Ministero della Salute, le regioni e le province autonome sul documento di L. G. sul sistema di Emergenza sanitaria. Concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria

ACCORDO 25/10/2001 7 dicembre 2001

Accordo Stato - Regioni *Atto d'intesa tra Stato e Regioni approvazione: "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza". Accordo - Punto 6.3 dell'o.d.g. - Repertorio Atti n. 1711 G.U 22 maggio 2003)*

DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 13 giugno 2006

http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/servizi/legislazione/governo/legislazione_772.html

RACCOMANDAZIONE N° 15 DI FEBBRAIO 2013

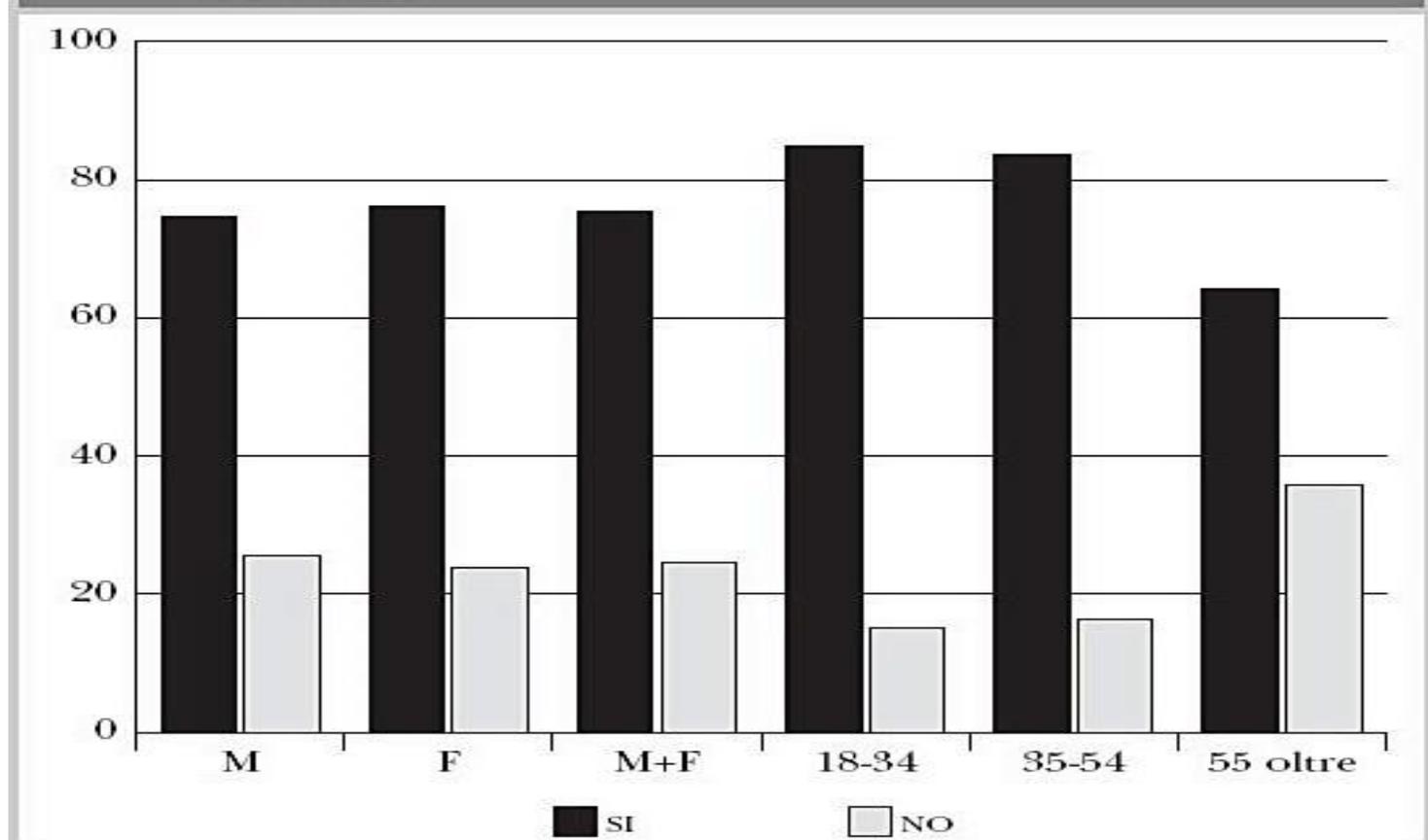


Il Sistema Triage in Pediatria: punti di forza (1)

- Completa implementazione del sistema triage nei PS Pediatrici con l'uso di Protocolli comuni in diverse strutture
- Valorizzazione della professione infermieristica nell'accoglienza e valutazione del bambino che accede ai PS
- Completa diffusione e buona condivisione dei 4 codici colore (Rosso, Giallo, Verde, Bianco) nelle strutture sanitarie diffuse su tutto il territorio nazionale

Percezione da parte dell'opinione pubblica

Grafico 5 - È a conoscenza dell'attribuzione dei codici di priorità all'arrivo al pronto soccorso?



Il Sistema Triage in Pediatria: punti di forza (2)

- Percorsi Fast Track nella gestione dei codici minori con l'invio del paziente allo specialista attraverso un percorso facilitato e precedentemente concordato
- Miglioramento del lavoro nei servizi di PS dove il sistema triage Pediatrico è stato correttamente implementato con un impatto positivo anche sulla qualità percepita da parte della opinione pubblica
-

Il sistema Triage in Pediatria: criticità (1)

- Problemi strutturali (nei PS generali è spesso carente un'area dedicata ai bambini)
- Risorse Umane (carenza Infermieri formati dedicati al Triage e carenza Medici Pediatri)
- Ad esclusione dei PS Pediatrici, negli altri Ospedali, la gestione dei casi critici (codice rosso, ma a volte anche codici gialli) è a carico dei PS Generali dai quali viene coinvolto il Pediatra con modalità e in tempi differenti
- Percorsi Fast Track (es. Fast Ped) nei PS Generali basati su sistemi di triage non sempre di tipo pediatrico con possibili rischi di undertriage

IL PROCESSO ACCUSATA DI AVER SBAGLIATO AD ASSEGNARE IL CODICE DI GRAVITÀ AL PRONTO SOCCORSO. PROSCIOLTI I DUE MEDICI

Paziente morì per un'infezione: infermiera a giudizio

vece, i due medici. Il Gup ha deciso che i due dottori, un uomo e una donna, non ebbero colpe nella morte della farmacista. Solo un intervento tempestivo, infatti, avrebbe potuto salvarla. Insomma, l'attesa di quasi tre ore nella sala d'aspetto del pronto soccorso le fu fatale. La farmacista sarebbe

deceduta per un'infezione ai polmoni, aggravata dal fatto che poche settimane prima le era stata tolta la milza. Era quindi debilitata e la sepsi si è rivelata fulminante. E' probabile che se fosse stata trattata immediatamente, con codice rosso, si sarebbe potuta salvare. Ma questo lo deciderà il giudice durante il processo.

10°

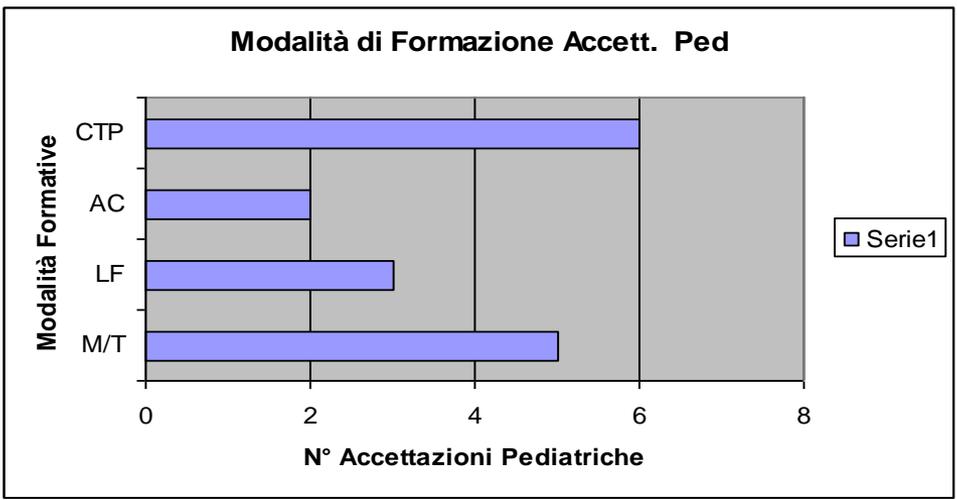
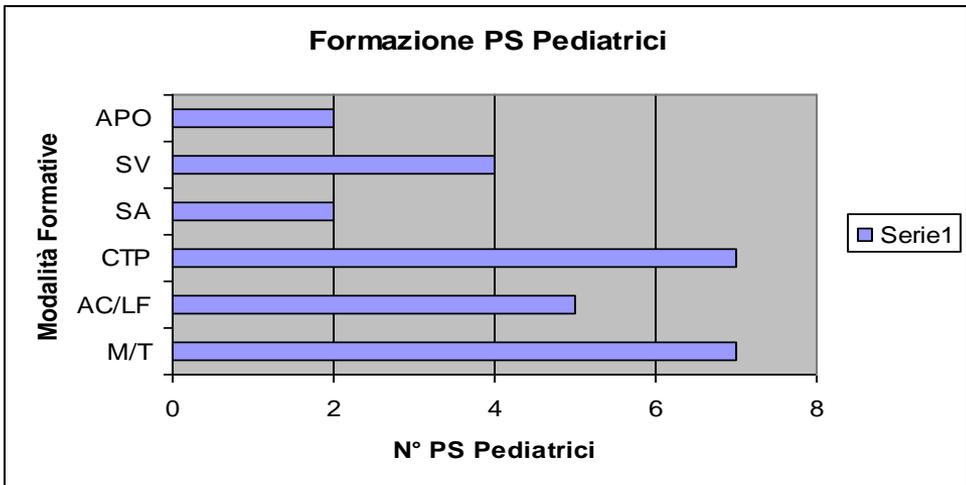
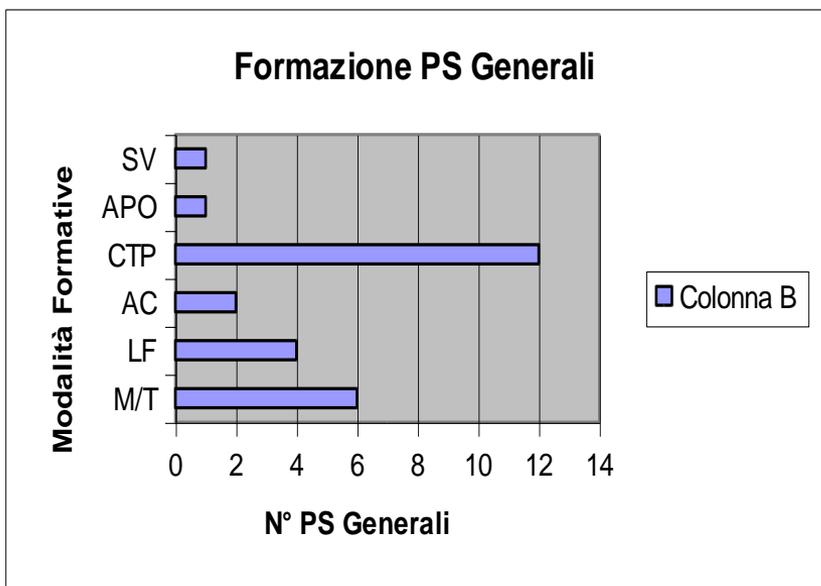
Congresso
Nazionale

SIMEUP

Il sistema Triage in Pediatria: criticità (2)

- Il triage come possibile fonte di conflitti fra operatori/utenti (difficoltà di comunicazione, multiculturalità, ecc.....) e operatori/operatori (ruoli non definiti, diverse competenze specifiche, percorsi non condivisi,....)
- Il personale medico in alcune realtà non ha raggiunto la consapevolezza dei ruoli in questo particolare processo, e non sempre facilita lo sviluppo di un corretto sistema di triage
- Disomogeneo Percorso Formativo degli operatori
-

Percorso Formativo Disomogeneo



Nonostante l'impegno di questi anni della SIMEUP la attività formativa non ha raggiunto uno sviluppo sufficiente ad assicurare una diffusione capillare ed omogenea.



Triage

Sharon E. Mace, MD and Thom A. Mayer, MD



Table 155-2 International Triage Systems

<i>Australasian</i>		<i>Manchester (United Kingdom)</i>		<i>Canadian</i>		<i>Emergency Severity Index</i>	
Level	Physician/ Staff Response Time (min)	Level	Physician/ Staff Response Time (min)	Level	Physician/ Staff Response Time (min)	Level	Physician/ Staff Response Time (min)
1 = Resuscitation	0 (Immediate)	1 = Immediate (Red)	0 (Immediate)	1 = Resuscitation	0 (Immediate)	1 = Unstable	0 (Immediate)
2 = Emergency	≤10	2 = Very Urgent (Orange)	≤10	2 = Emergent	≤15	2 = Threatened	Minutes
3 = Urgent	≤30	3 = Urgent (Yellow)	≤60	3 = Urgent	≤30	3 = Stable	≤60
4 = Semi-Urgent	≤60	4 = Standard (Green)	≤120	4 = Less Urgent	≤60	4 = Stable	Could be delayed
5 = Nonurgent	≤120	5 = Nonurgent (Blue)	≤240	5 = Nonurgent	≤120	5 = Stable	Could be delayed

Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2009; 17: 38.

Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care

Mirjam van Veen¹ and Henriette A Moll¹

¹Department of Paediatrics, Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, University Medical Center Rotterdam, PO Box 2060, 3000 CB Rotterdam, The Netherlands

review dei sistemi di triage, utilizzati in pediatria.

Triage in paediatric emergency care is an important tool to prioritize seriously ill children. Triage can also be used to identify patients who do not need urgent care and who can safely wait.

Triage systems are developed by expert opinion, the lowest level of evidence, and are mainly based on the adult population visiting the ED.



Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care

Mirjam van Veen¹ and Henriette A Moll¹

¹Department of Paediatrics, Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, University Medical Center Rotterdam, PO Box 2060, 3000 CB Rotterdam, The Netherlands

I sistemi di triage analizzati che hanno una specifica sezione per la pediatria sono:

- “Manchester Triage System” (MST) (1997 UK)
- “Emergency Severity Index” (ESI) (USA)
- “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS) (1995)
- Australasian Triage Scale” (ATS) (1995)

Cinque Livelli di Criticità (1 – 5)

Dagli studi è emerso che sia l'MTS che il CTAS sono sistemi di triage molto validi nella pratica clinica in DEAp. Nella valutazione dell'accuratezza sembra che il sistema di triage più accurato sia l'MTS, seguito dall'ESI, dal CTAS ed infine dall'ATS.



CONCLUSIONI

Il Triage non è solo una tecnica da imparare, ma è un processo dinamico di organizzazione e di governo del lavoro che richiede tempo e sinergie positive per la sua implementazione ed il suo sviluppo.

In tutto questo il contesto ha una importanza fondamentale e influenza in modo decisivo l'implementazione e lo sviluppo di uno specifico sistema di triage pediatrico.

MI PUO' CAPITARE!

L'URGENZA IN PEDIATRIA

sul territorio, in pronto soccorso, in reparto

GRAZIE

10°

Congresso
Nazionale

SIMEUP

