



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Sanitario
Regione
Lombardia



LO STATO DELL'ARTE DEL TRIAGE

CORSO DI TRIAGE INTRAOSPEDALIERO
UPDATE
22-23 marzo 2017

Aula Didattica n.2 - Padiglione DEA
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Codice interno: in aggiornamento

ID evento: in aggiornamento



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Sanitario
 Regione
Lombardia

 **SIMEU**
società italiana medicina
d'emergenza-urgenza



CORSO DI TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

VI EDIZIONE 17 - 18 maggio 2016

Aula Didattica n. 2 - Padiglione DEA - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

MISSION DEL PRONTO SOCCORSO:

**“...garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato per problematiche di urgenza e di emergenza”
(SIMEU)**



INTERPRETAZIONE DEL PS

IL PS RAPPRESENTA IL PUNTO DI RIFERIMENTO PER:

- pz con disagio sociale;
- pz psichiatrici;
- etilisti;
- homeless,
- indigenti ;
- extracomunitari stp;
- carcerati trasportati in ps con problematiche varie;
- grandi anziani con patologie croniche, sopravvissuti oltre ogni aspettativa, non gestibili a domicilio o nelle rsa;
- centro hub in rete, ecc.

Pathways in Emergency 2013

Current Issues in Emergency Department

Itinerari di Pronto Soccorso 2013

Problematiche emergenti
in pronto soccorso
e in medicina di urgenza

Presidente del Congresso:
Maria Antonietta Bressan

22 - 23 maggio Corsi satelliti precongressuali

"Scuola Salaroli"
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

24 - 25 maggio Congresso Regionale SIMEU

Aula Magna "C. Golgi"
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Ufficio Organizzazione Congressi
Direzione Scientifica
Fond. IRCCS Policlinico San Matteo
Tel.0382 503490 - 0382 503467
E-mail: congressi@smatteo.pv.it



AL DI FUORI DELLA PROPRIA MISSION

IL PRONTO SOCCORSO GARANTISCE
ALLA POPOLAZIONE
CON BISOGNO DI SALUTE

RISPOSTE E PRESTAZIONI

CHE DOVREBBERO ESSERE
EROGATE ALTROVE:

- POLIAMBULATORI SUL TERRITORIO;
- AMBULATORI DI MMG;
- CONTINUITÀ ASSISTENZIALE;
- SERT;
- STRUTTURE RSA;
- CONSULTORI PSICO-SOCIALI
- STRUTTURE SOCIALI DI ACCOGLIENZA;
-

Pathways in Emergency 2013

Current Issues in Emergency Department

Itinerari di Pronto Soccorso 2013

Problematiche emergenti
in pronto soccorso
e in medicina di urgenza

Presidente del Congresso:
Maria Antonietta Bressan

22 - 23 maggio

**Corsi satelliti
precongressuali**

"Scuola Salaroli"
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

24 - 25 maggio

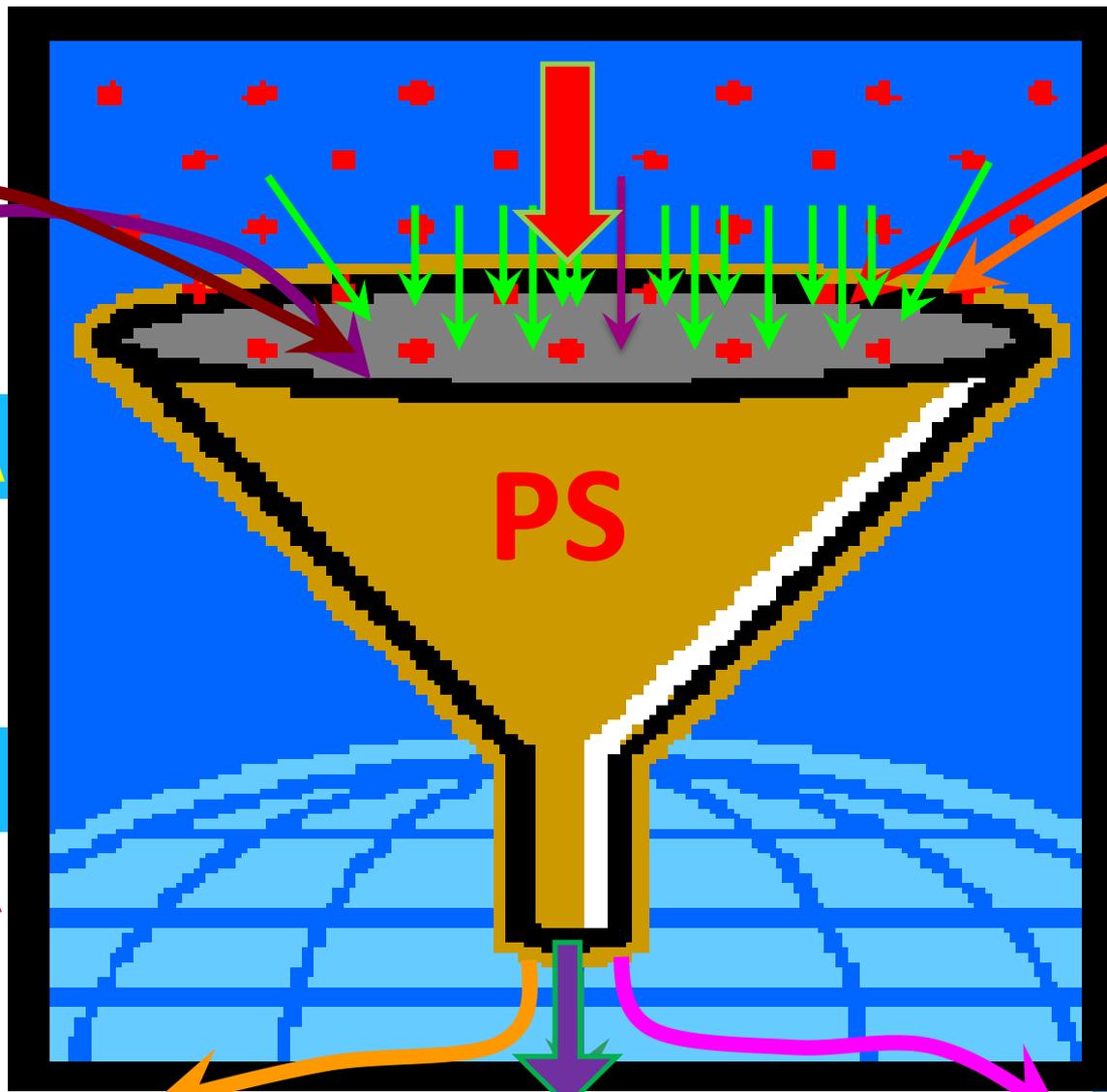
**Congresso
Regionale SIMEU**

Aula Magna "C. Golgi"
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Ufficio Organizzazione Congressi
Direzione Scientifica
Fond. IRCCS Policlinico San Matteo
Tel.0382 503490 - 0382 503467
E-mail: congressi@smatteo.pv.it



AUTOPRESENTAZIONE 68%



EXTRA -
OSPEDALIERA

INTRA -
OSPEDALIERA

Bressan 2006

118
MMG
Continuità
Assistenziale

Urgenze Interne,
Cadute accid. pz
ricoverati,
Urgenze da Day
Hospital,
Gestione Infortuni
Occupaz.
Prot. H1N1 Op. San.

DIMISSIONI

TRASFERIMENTO

RICOVERO

Lista di pazienti da visitare e visitati

0	O		GRETA LUGIA MA	29/02/2012 15 06	Da Visitare	Ginecologia - Contraccezione post coitale	
1	A		ARIANNA	29/02/2012 15 21	Da Visitare	SPECIALISTICA	
1	A		MARIA	29/02/2012 15 34	Da Visitare	EPIGASTRALGIA	
1	A		INA	29/02/2012 15 40	Da Visitare	PERDITA DI CONOSCENZA (SINCOPE)	
1	A		DEVIS	29/02/2012 15 42	Da Visitare	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	A		ELISA	29/02/2012 15 54	Da Visitare	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	A		IOVANNI ARMAN	29/02/2012 16 16	Da Visitare	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	A		ALESSIA	29/02/2012 16 28	Da Visitare	TRAUMA	
1	A		ERNESTO	29/02/2012 16 33	Da Visitare	SPECIALISTICA	
1	P		TREVIL	29/02/2012 16 38	Da Visitare	SEGNI / SINTOMI MINORI	
	DC		ANNA MARIA	17/02/2012 15 30	Visitato	SPECIALISTICA	
1	A	1/1	FRANCESCO MICHE	28/02/2012 22 18	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	A	2/4	TERESA ANNA	29/02/2012 10 15	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
0	A	0/1	PEPPINO	29/02/2012 10 38	Visitato	SPECIALISTICA	
1	A	0/1	LUCA	29/02/2012 10 53	Visitato	DOLORE ADDOMINALE	
1	A		GIUSEPPE	29/02/2012 11 11	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	A		SADRE	29/02/2012 12 14	Visitato	DOLORE ADDOMINALE	
1	A	0/1	PING	29/02/2012 12 25	Visitato	EMORRAGIE	
2	A	1/2	GIUDITTA	29/02/2012 12 31	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
2	A	1/2	FRANCESCO	29/02/2012 12 36	Visitato	DOLORE TORACICO IN ATTO (o risolto da < 12	
1	A	0/1	ACHILLE	29/02/2012 13 01	Visitato	DOLORE ADDOMINALE	
0	A	1/1	FRANCO	29/02/2012 13 18	Visitato	SPECIALISTICA	
1	O		FRANCESCA	29/02/2012 13 51	Visitato	Ostetricia - Sanginamento (S.) => 23 settimane	
1	A	0/2	ANGELO	29/02/2012 13 55	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	A	0/1	IOVANNI	29/02/2012 14 08	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
0	A		MONICA	29/02/2012 14 10	Visitato	SPECIALISTICA	
2	A	1/5	MAURO	29/02/2012 14 15	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
2	A	0/4	ILIANA	29/02/2012 14 17	Visitato	EMORRAGIE	
1	A		SAMANTA	29/02/2012 14 20	Visitato	DISTURBI NEUROLOGICI	
1	A	0/2	SILVIA ALEJANDR	29/02/2012 14 23	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	A	0/1	SALVATORE	29/02/2012 14 40	Visitato	TRAUMA	
0	A	1/1	DONATELLO	29/02/2012 14 47	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	O		ERIKA	29/02/2012 14 57	Visitato	Ostetricia - Ipertensione arteriosa (H.)	
1	A		ERMENEGILDA	29/02/2012 15 02	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	T	0/1	FILIPPO	29/02/2012 15 45	Visitato	TRAUMA	
2	A		ERMELINDA	29/02/2012 15 50	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI	
1	T	0/1	ANDREA	29/02/2012 15 51	Visitato	TRAUMA	
1	T	0/1	MARIA CARMELA	29/02/2012 15 58	Visitato	TRAUMA	
1	T	0/1	ANNAMARIA	29/02/2012 16 23	Visitato	TRAUMA	
1	T	0/1	PISATI	CLARA	29/02/2012 16 26	Visitato	TRAUMA
1	P	0/2	GREPPI	GIORGIA	29/02/2012 13 40	Oss.Temp.	CEFALEA

ATTESE PROLUNGATE

IN QUASI TUTTI I REPARTI DI PS IL TEMPO MEDIO DI ATTESA PER LA VISITA SI È NOTEVOLMENTE ALLUNGATO.

I PAZIENTI SONO INSODDISFATTI DELLE PRESTAZIONI EROGATE CON RIPERCUSSIONI NEGATIVE SULLA QUALITÀ PERCEPITA.

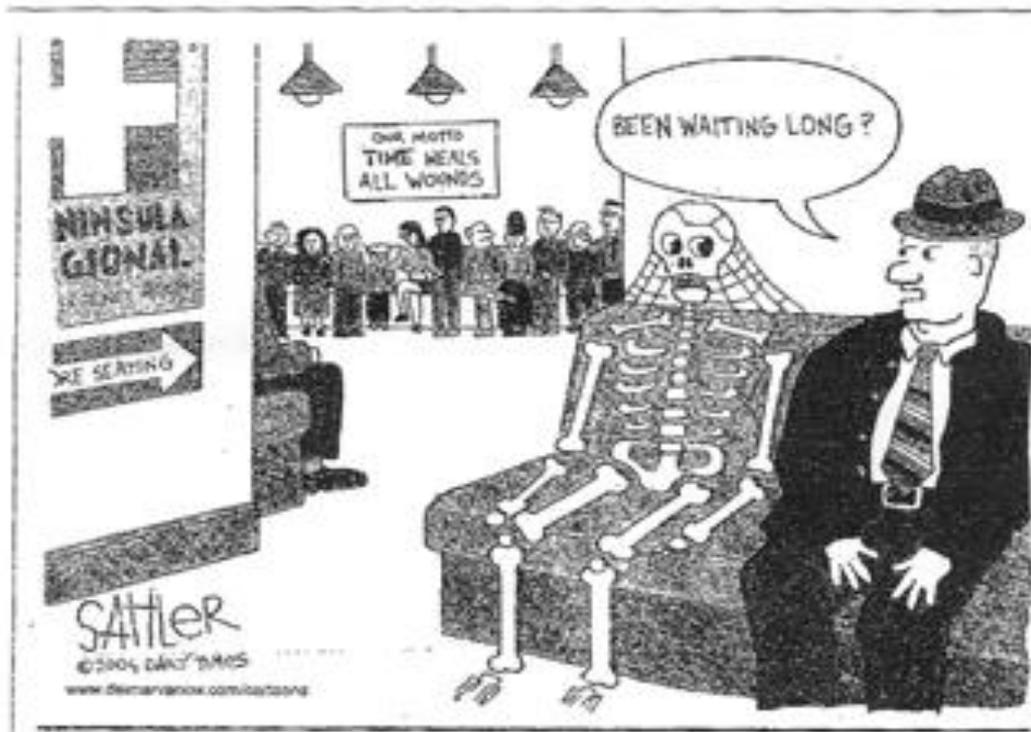
IL NUMERO ECCESSIVO DI UTENTI IN ATTESA È INOLTRE FONTE DI STRESS PER GLI OPERATORI SANITARI.

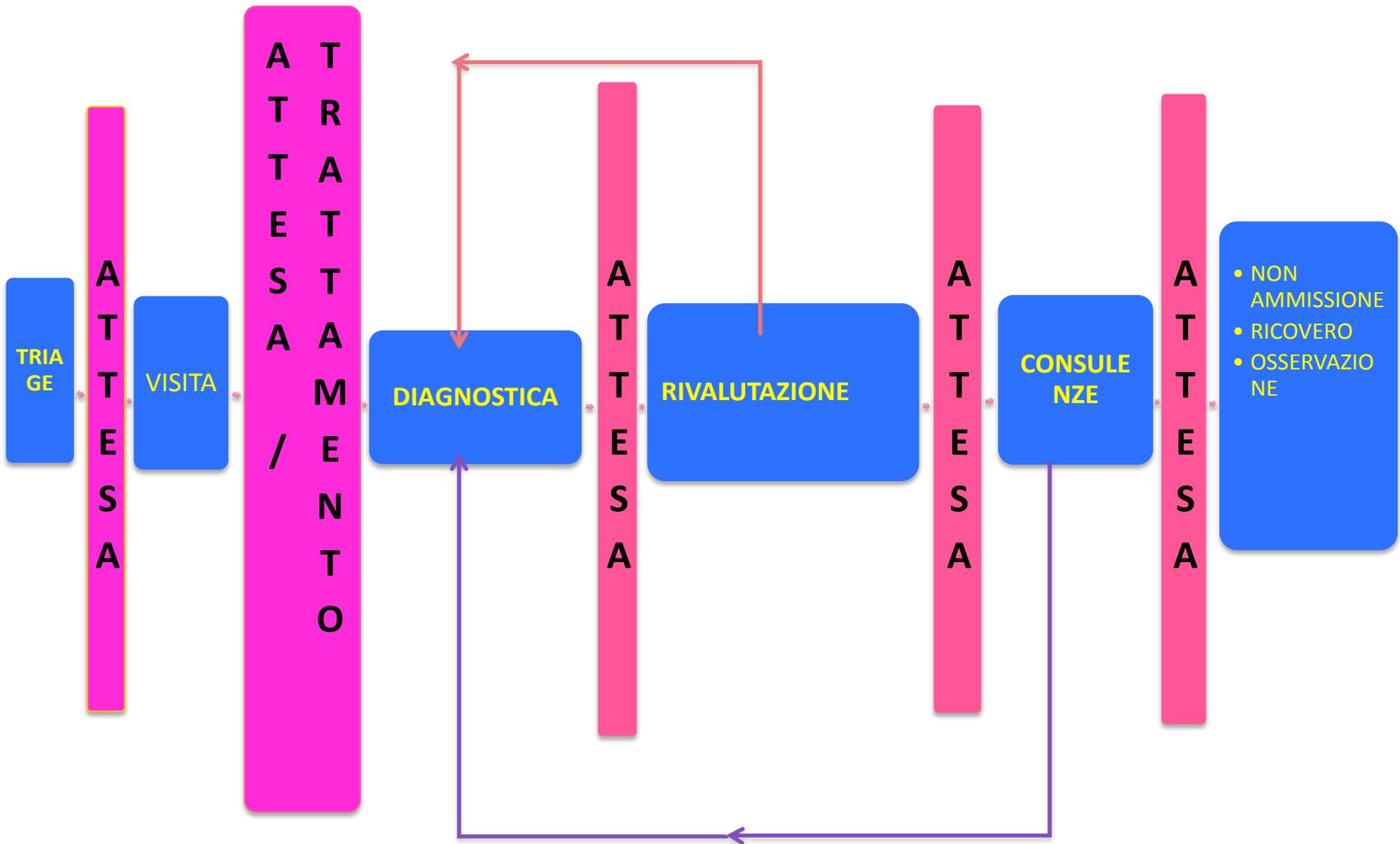
IL RISCHIO PRINCIPALE È CHE IL SOVRAFFOLLAMENTO PORTI LE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO A PERDERE LA POSSIBILITÀ DI SVOLGERE LA PROPRIA MISSION.

ATTESE PROLUNGATE PER LA VISITA MEDICA

COMMENTARY

4/18/04

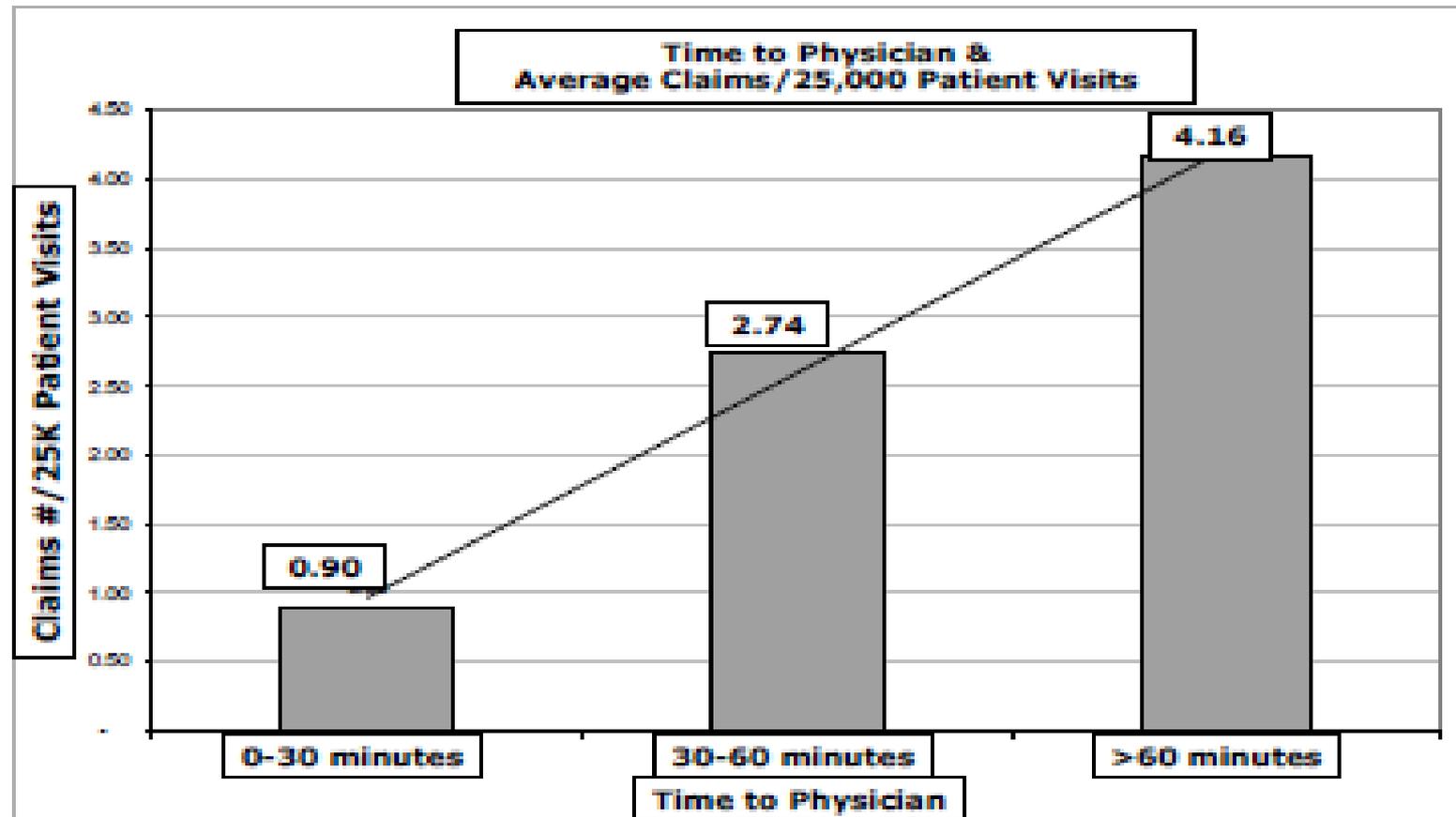




ATTESA DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO.

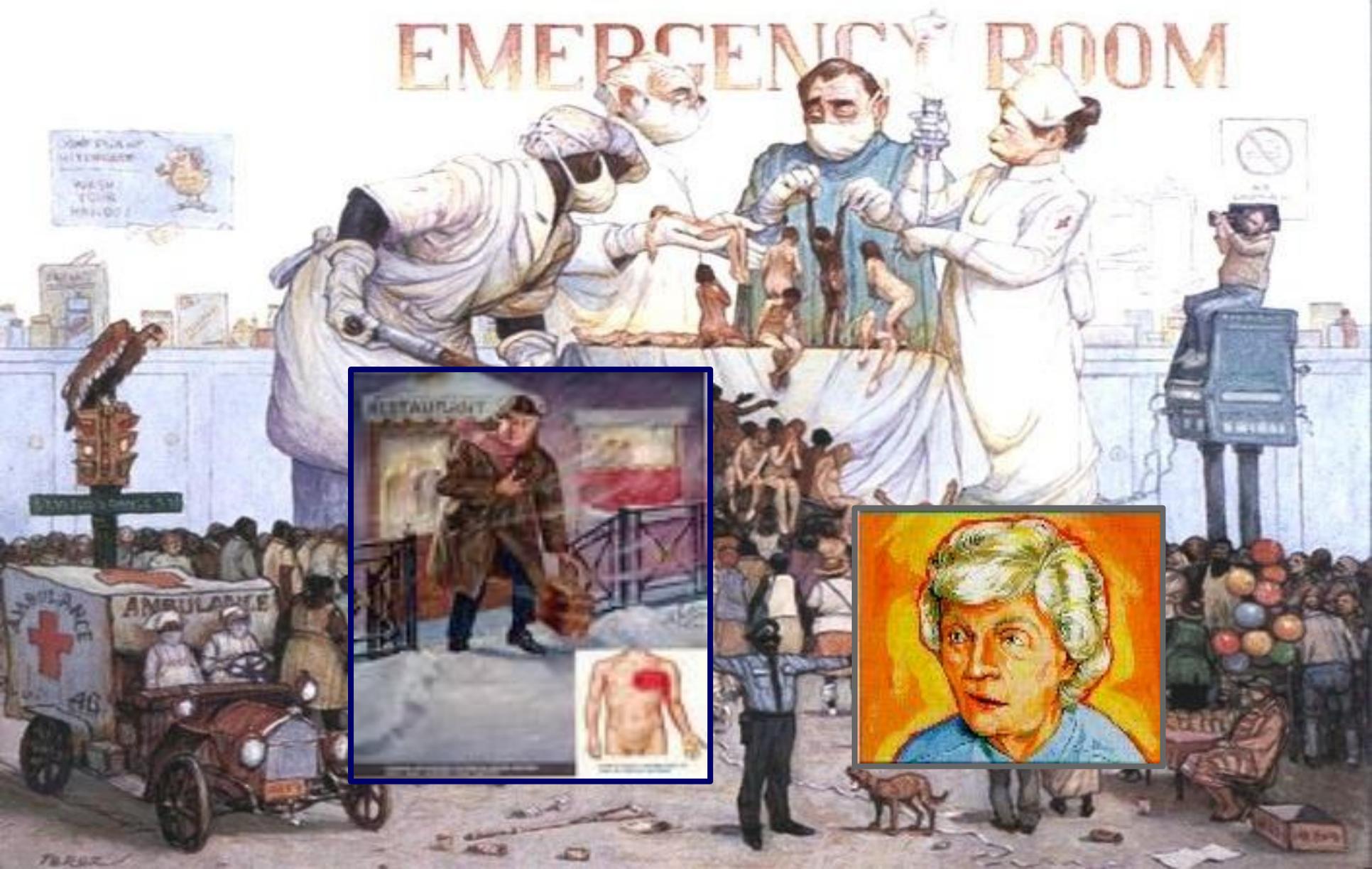
ATTESE PROLUNGATE PER LA VISITA: AUMENTO DEI RECLAMI

Time to Doc/Malpractice Claims



Courtesy CEP America Physician Partners, Emeryville, CA, 2006

IL TUO PRONTO SOCCORSO E' AFFOLLATO ???



THE FUTURE OF EMERGENCY MEDICINE

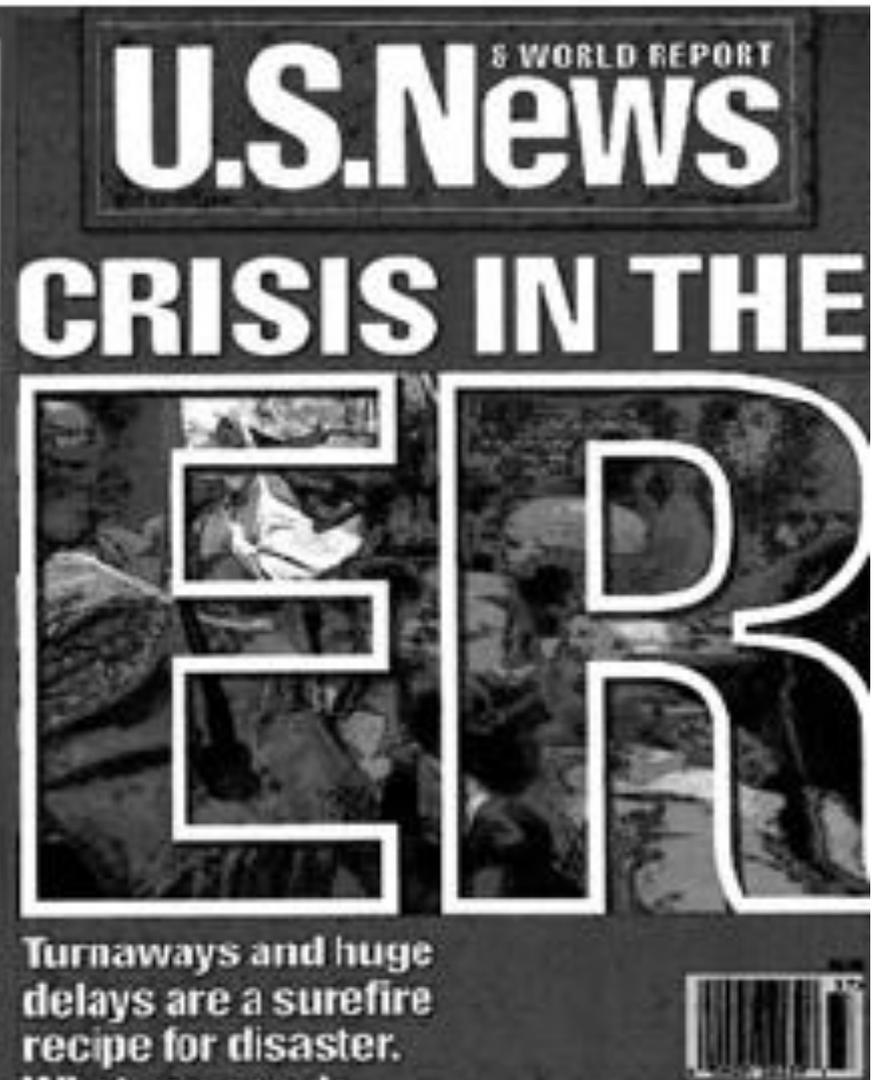
American College of Emergency Physician, ACEP 1999

IN 10 ANNI GLI ACCESSI AL PS SONO AUMENTATI DEL 50%,
ARRIVANDO A TOCCARE CIRCA 30 MILIONI NEL 2008 (DATI
CENSIMENTI SIMEU).

“ c’è un aumento di livello di acuzie dei
pazienti di pronto soccorso,
che richiedono maggior tempo di gestione
e più intensità di cure.”

May 28, 1990

September 10, 2001



ALARM ON ED CRISIS; MAY, 2007

How To Survive Your Local ER

By Sean Flynn

WHEN TAYLOR McCormack was 13 months old, the shunt that drained excess fluid from her skull stopped working. She needed a new shunt—a simple procedure that involved less than an hour of surgery.

Taylor was brought to the emergency rooms at Boston's Children's Hospital by 7:15 p.m. that Sunday night. What followed was a series of delays and mistakes. The surgery resident couldn't locate the senior surgeon (he was napping, and his pager was on vibrate), so the operation was scheduled for the next morning. And despite the fact that Taylor's blood tests were abnormal and her symptoms alarming, she was not admitted to the intensive-care unit. In fact, between 12:20 a.m. and 6 a.m., no doctor checked on her.

The system is stretched beyond capacity. That can lead to mistakes.

Her's trip led to the hospital morgue.

The McCormack tragedy is a worst-case example of a long truth: America's emergency rooms are overcrowded places. Despite astonishing numbers of skilled, dedicated physicians, many emergency rooms are staffed with people who wouldn't have been a generation ago, these simple staff shortages—technology or doctors—to



go around. Mistakes happen. Sometimes less-experienced doctors treat life-threatening illnesses. Diagnoses are missed or delayed. Patients are forgotten by overworked staff. Even simple human foibles—a switched-off pager, an exhausted and napping surgeon—can be tragically amplified in an emergency.

How often do things go wrong? No one knows for certain. Because so many mistakes are minor and so few have clear causes, accurate statistics are difficult to maintain. According to one 1999 study, though, more than half of all preventable hospital-error claims result from mistakes made in the ER.

The main culprit isn't incompetence but chaos.

The nation's emergency rooms are overburdened and underfunded, treating ever more patients with ever fewer resources. "You don't want to scare the public, because hundreds of thousands of patients get cared for very well in emergency rooms every day," says Gail Warden, president emerita of Michigan's Henry Ford Health System, who chaired a trio of studies of emergency care released in June by the National Academies' Institute of Medicine. "But the system is stretched, and it could be at a breaking point in three to five years."

Federal law requires that ER doctors and nurses treat everyone who shows up, regardless of ability

input

Micro-livello

PZ
INAPPROPRIATI

Fasce
"vulnerabili"

Invecchiamento
popolazione

Crisi sistema
cure primarie

Aumentate richieste di salute

throughput

overcrowding

PRONTO
SOCCORSO

Cure sempre più complesse

Scarse risorse
umane e materiali

output

Indisponibilità posti letto
"access block"

Asplin, BR, et al. A Conceptual
Model of Emergency
Department Crowding. *Ann
Emerg Med.* 2003;
42:173-180.

NUMEROSITA' CODICI NON PRIORITARI

CODICI	%
BIANCO	13-25
VERDE	59-75
GIALLO	10-15
ROSSO	0,9-2,5

CAMBIO CULTURALE IN PS NEGLI ULTIMI 10 ANNI

DA "ADMIT TO WORK"

A..... "WORK TO ADMIT"

QUALE CAMBIO CULTURALE

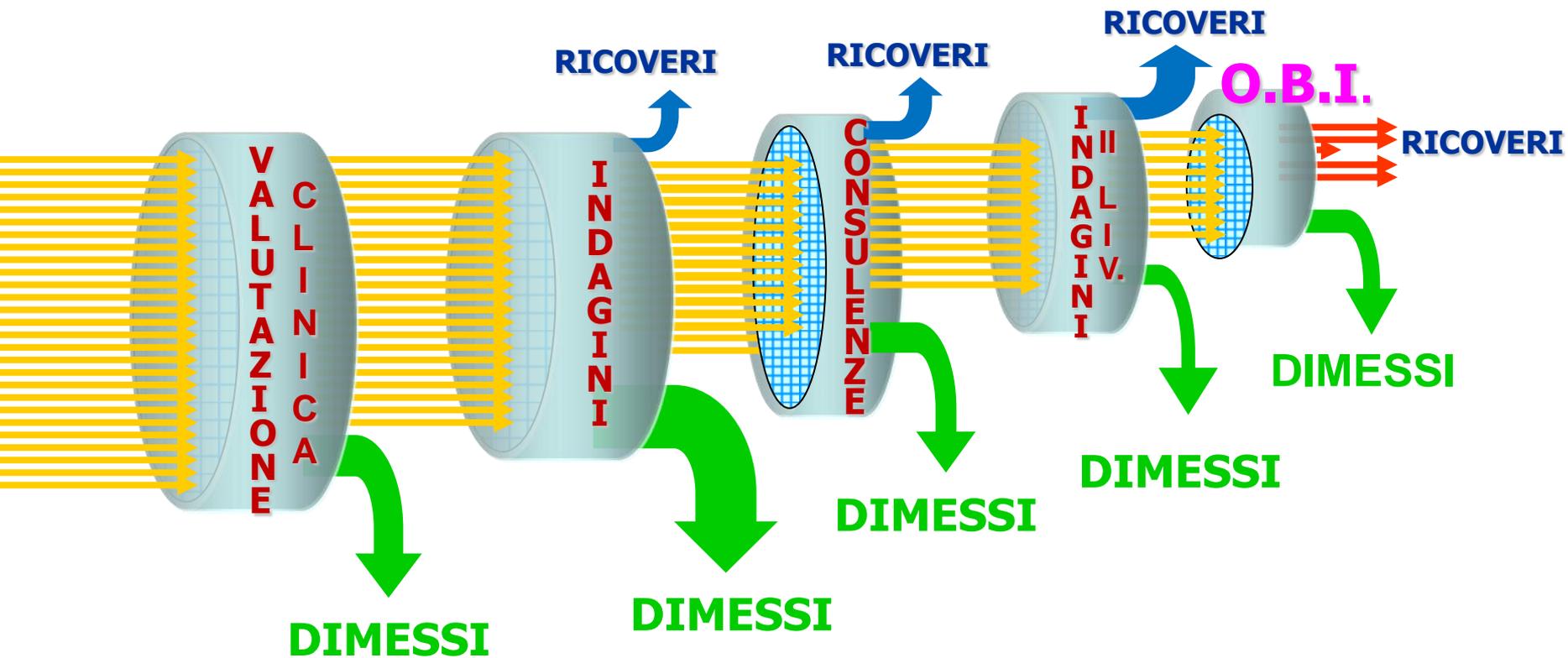
il PDTA del paziente inizia in PS:

triage, visita, esami strumentali I E II livello,
consulenze specialistiche, OBI.

inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente,
spesso diagnosi in PS.

ciò comporta un aumento del tempo di permanenza dei
pazienti in PS e un tempo di processo lungo.

WORK TO ADMIT: ASPETTI POSITIVI



Da Ferrari Anna Maria

DIMESSI: 82,1 %

RICOVERATI: 17,9 %

Fonte: Annuario Statistico Nazionale 2005

WORK TO ADMIT: ASPETTI NEGATIVI

il prolungamento del tempo di processo viene tuttavia percepito dal paziente e soprattutto dai media come inaccettabile...

***ANCHE SE LA CAUSA DI ACCESSO E' AL DI FUORI
DELLA MISSION DEL PRONTO SOCCORSO***

WORK TO DISCHARGE

LA MEDIA NAZIONALE DEI RICOVERI DA PS È DEL 17,9%.

RAPPRESENTA IL 45,6% DI TUTTI I RICOVERI OSPEDALIERI.

NELLE REGIONI DEL SUD LA PERCENTUALE DI RICOVERI DA PS RISULTA SUPERIORE, CIOÈ DEL 23%.

MAGGIORE PROFESSIONALITÀ DEGLI OPERATORI E MAGGIORI POSSIBILITÀ DIAGNOSTICHE.

CONSIDERAZIONI DEMOGRAFICHE (E NON SOLO...)

IN ITALIA:

1955: 4.200.000 PERSONE > 65 ANNI DI ETÀ;

2004: 10.500.000 PERSONE > 65 ANNI DI ETÀ;

1980: 8 PL/1000 ABITANTI;

2003: 3.7 PL/1000 ABITANTI (MEDIA NAZIONALE)

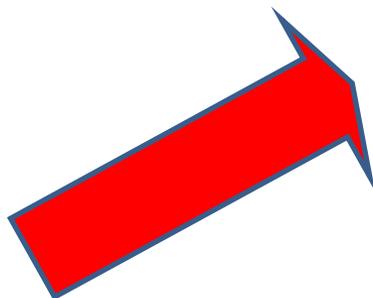
DAL 1996 AL 2000: -70.000 POSTI LETTO PER ACUTI

RIDUZIONE POSTI LETTO PER ACUTI

SIAMO PASSATI IN ITALIA:

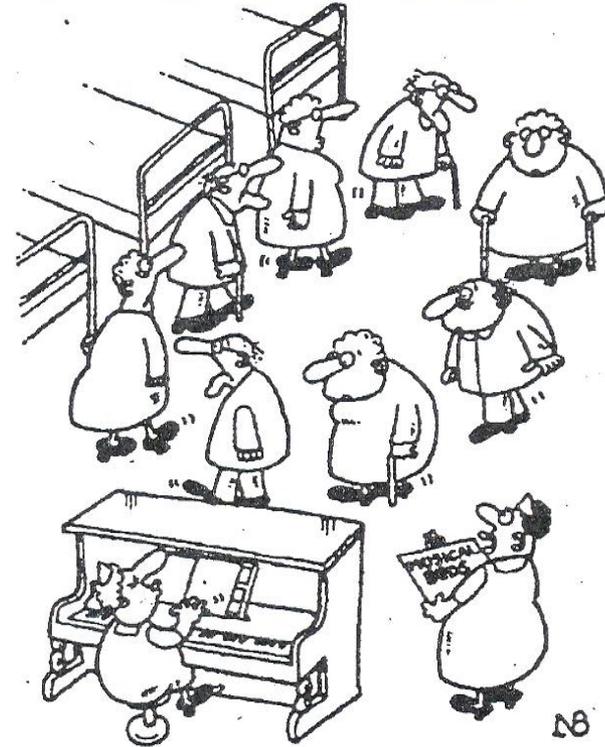
- DA 5,3 PL PER ACUTI OGNI MILLE ABITANTI NEL 1995
- A 3,6 PL PER ACUTI PER MILLE ABITANTI NEL 2015

**RICHIESTA DI MAGGIOR APPROPRIATEZZA NEI
RICOVERI**



CRITICITA' POSTI LETTO

- la funzione filtro dei PS, supportata dalle OBI non è sufficiente a far fronte alla riduzione dei PL per acuti.
- inoltre la mancata possibilità di ricoveri diretti da PS in strutture di lungodegenti per pazienti abbisognevole porta a dover far stazionare i pz in Pronto Soccorso in attesa del PL.



“And when the music stops,
grab a bed . . .”

TERMINOLOGIA/GLOSSARIO

- CROWDING= AFFOLLAMENTO
- ACCESS BLOCK= BLOCCO IN ENTRATA
- BOARDING= IMBARCATI

**Forero, 2011; Asplin 2003, ACEP, CAEP
Da Glossario SIMEU-FIMEUC 2011, in print**

DEFINIZIONE CROWDING

o OVERCROWDING

“UNA SITUAZIONE IN CUI IL BISOGNO DI SERVIZI URGENTI SUPERA LE RISORSE DISPONIBILI NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA (ED).

Questa situazione occorre quando vi sono più pazienti che letti attrezzati e personale disponibile e i tempi di attesa non sono ragionevoli.

- **IL SOVRAFFOLLAMENTO INTERESSA PRINCIPALMENTE I PAZIENTI IN ATTESA DI VISITA (POST-TRIAGE) E I PAZIENTI IN ATTESA DI RICOVERO.**
- **PUÒ COINVOLGERE ANCHE IL TRIAGE CON L'IMPOSSIBILITÀ DI DISCRIMINARE TRA LE DIVERSE CATEGORIE DI MALATI”**

THE ACEP CROWDING RESOURCES TASK FORCE

- ***ACEP CROWDING RESOURCES TASK FORCE. RESPONDING TO EMERGENCY DEPARTMENT CROWDING: A GUIDEBOOK FOR CHAPTERS. DALLAS, TX: AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS; 2002.***

DEFINIZIONE DI ACCESS BLOCK O BLOCCO IN ENTRATA

E' LA SITUAZIONE NELLA QUALE I PAZIENTI SONO IMPOSSIBILITATI AD ACCEDERE AL POSTO LETTO APPROPRIATO DELL'OSPEDALE ENTRO UN RAGIONEVOLE LASSO DI TEMPO (8 ORE)



5. Australasian College for Emergency Medicine (2006) Standard Terminology. [http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/P02_-_Standard_Terminology_16.04.09.pdf] Accessed November 2010.
6. Australasian College for Emergency Medicine (2004) Access Block and overcrowding in emergency departments. Online report. [http://www.acem.org.au/media/Access_Block1.pdf] Accessed November 2010.

DEFINIZIONE BOARDING

- refers to patients who are admitted to the hospital but who remain in the ed, sometimes for more than **24 hours**, because of the lack of available beds.
- critically ill patients are no exception because icu patients may also board in the ed for extraordinarily long periods until an icu bed becomes available.
- a recent report from the american hospital association indicated that the average waiting time for an inpatient acute or critical care bed in us eds is more than 3 hours, but the average waiting time nearly doubles (5.8 hours) in hospitals that consistently have

***Clinical review: Emergency Department overcrowding
and the potential impact on the critically ill
Robert M Cowan¹ and Stephen Trzeciak²***

Crit Care 2005;9 (3) 291-295

crowding



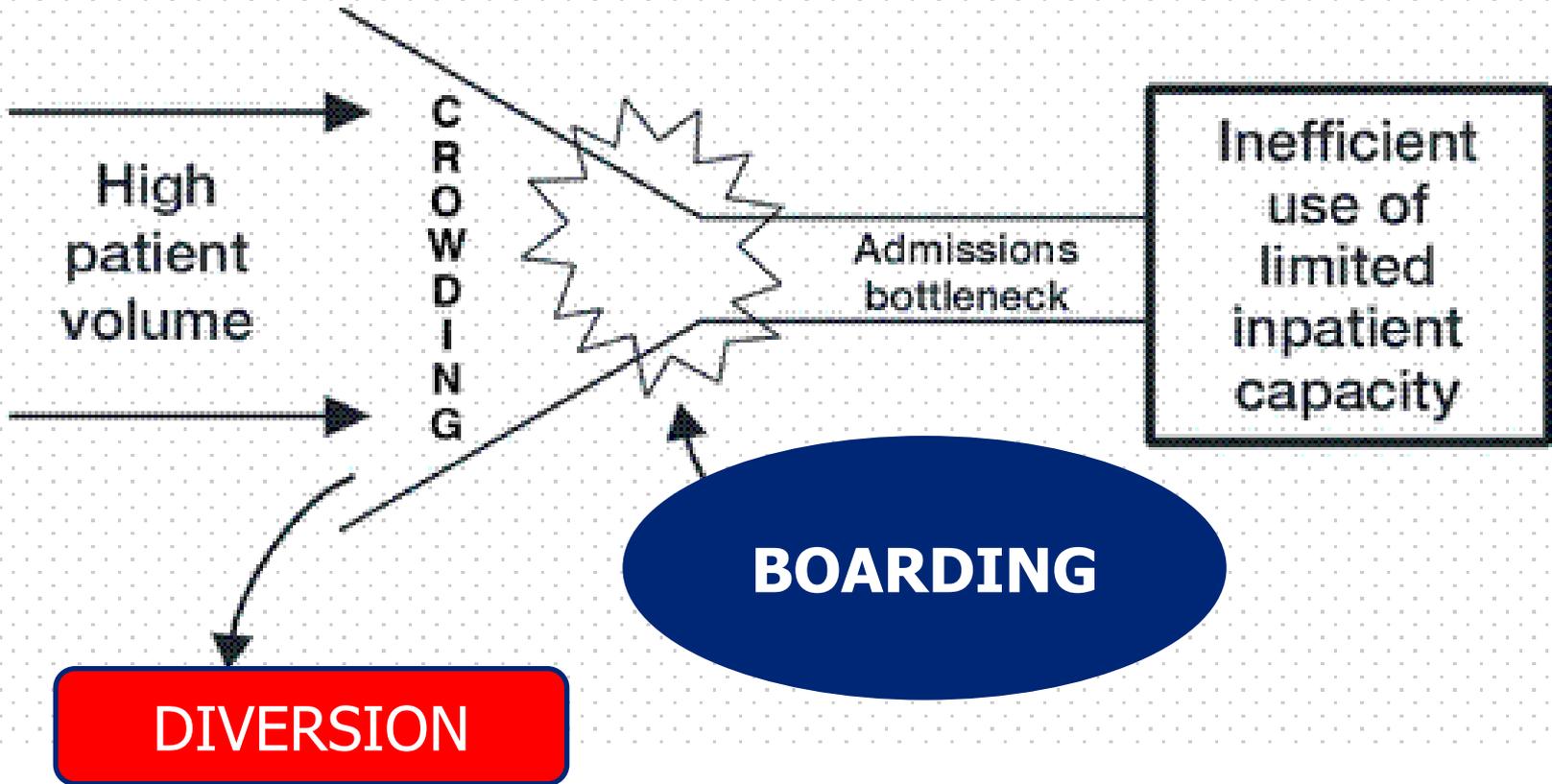
boarding



U.S.A.



 **THE NATIONAL ACADEMIES PRESS**



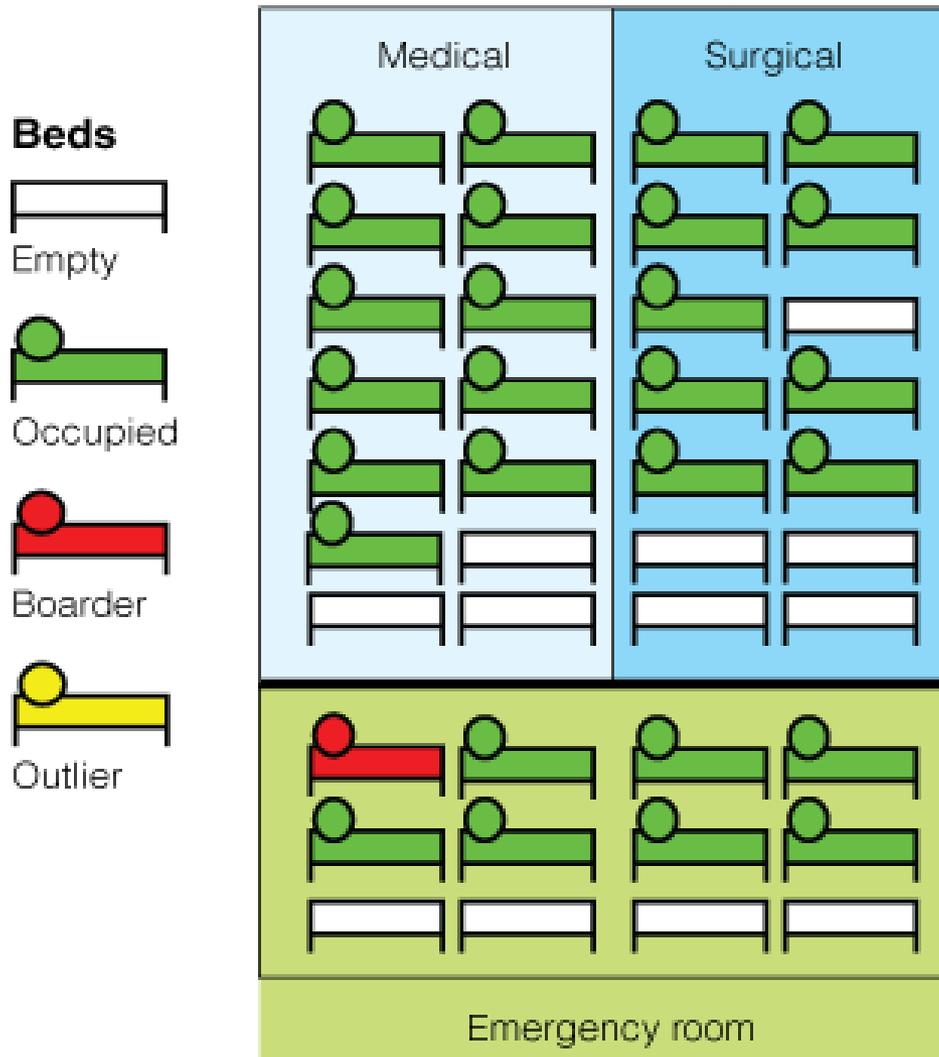
INPATIENT RESPONSES

- "NO BEDS"
- "NOT MY PROBLEM"
- "DISCHARGES CAN'T LEAVE YET"
- "MDS DIDN'T ROUND"
- "HOLD TILL CHANGE OF SHIFT
WHEN WE
HAVE MORE STAFF"
- "BED'S NOT CLEAN YET"



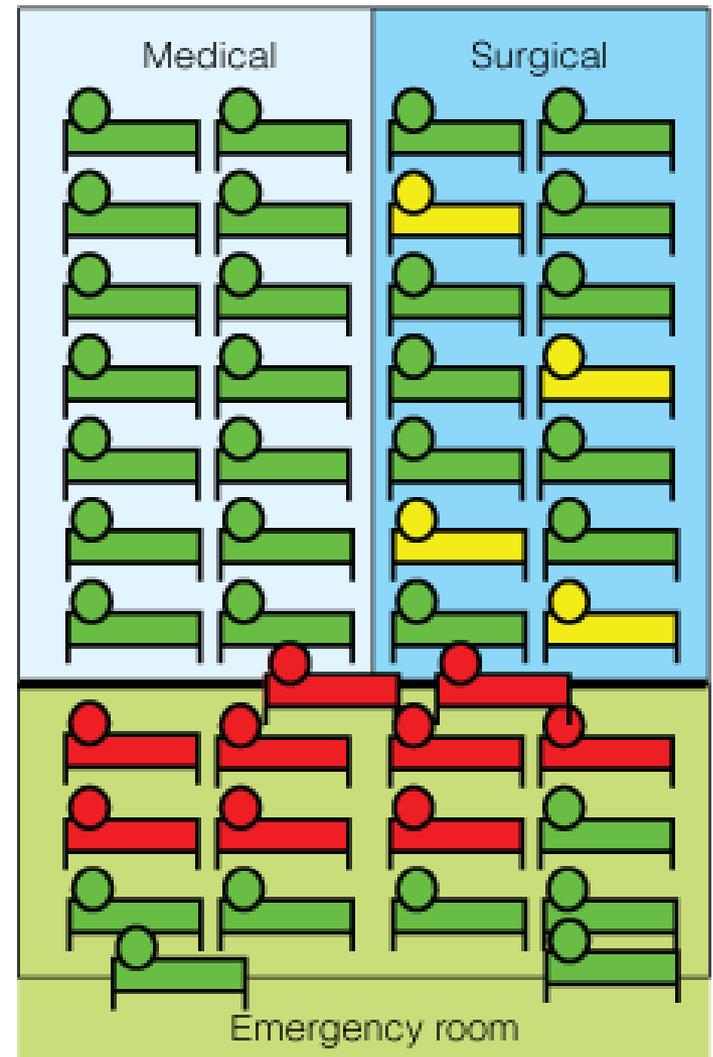
TUTTO IL MONDO E' PAESE

Uncrowded hospital



Low ward occupancy:
empty beds; no medical outliers;
few ED boarders; good patient flow

Crowded hospital



High ward occupancy:
no empty beds; medical outliers;
many ED boarders; poor patient flow

ACCESS BLOCK

EFFETTO DELL'ACCESS BLOCK SULLE RISORSE UMANE DEL PRONTO SOCCORSO

in numerosi pronto soccorso il 40 % del tempo del personale infermieristico viene speso per le cure ai pazienti in attesa del letto, invece che per i nuovi pazienti che accedono al prc

ACEP TASK FORCE REPORT ON BOARDING

Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions

Forero *et al.* *Critical Care* 2011, 15:216



APRIL 2008

CONSEGUENZE DEL CROWDING 1

- IL TEMPO MEDIO DI ATTESA PER LA VISITA SI È NOTEVOLMENTE ALLUNGATO.
- I PAZIENTI SONO INSODDISFATTI DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE CON RIPERCUSSIONI NEGATIVE SULLA QUALITÀ PERCEPITA.
- FONTE DI STRESS PER GLI OPERATORI SANITARI.
- IL RISCHIO PRINCIPALE È CHE IL SOVRAFFOLLAMENTO PORTI LE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO A PERDERE LA POSSIBILITÀ DI SVOLGERE LA PROPRIA MISSION. (TIME IS MUSCLE, TIME IS BRAIN, TIME IS LIFE)

CONSEGUENZE DEL CROWDING 2: DIVERSION DELLE AMBULANZE

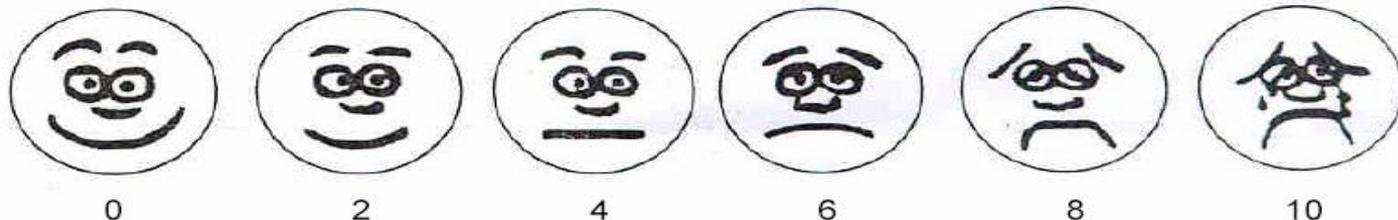
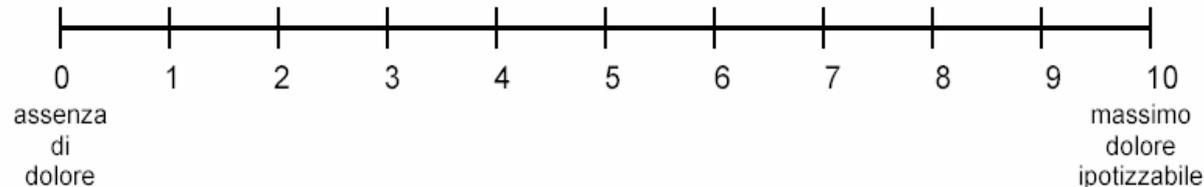
NEGLI USA UN'AMBULANZA OGNI MINUTO VERREBBE COSTRETTA A MODIFICARE IL SUO PERCORSO IN EMERGENZA, RISPETTO ALLA DESTINAZIONE PREVISTA A CAUSA DELLA NON DISPONIBILITÀ DEL PRONTO SOCCORSO AD ACCETTARLA PER ECCESSIVO AFFOLLAMENTO.



CONSEGUENZE DEL CROWDING 3 RITARDO NELLA GESTIONE DEL DOLORE

ED CROWDING AND PAIN MANAGEMENT

- Crowding Is Associated With Non Treatment And Delayed Treatment Of Severe Pain, [Richard D. Zane, MD, FAAEM](#), Published In Journal Watch Emergency Medicine February 8, 2008
- Covering *Ann Emerg Med* 2008 Jan; 51:1



CONSEGUENZE DEL CROWDING 4 TRATTAMENTO NON ADEGUATO AL PZ

- RITARDO SOMMINISTRAZIONE ANTIBIOTICO –TERAPIA (OLTRE 4 ORE);
- RITARDO SOMMINISTRAZIONE TERAPIA CON ASPIRINA NELL'IMA;
- MANCATA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA PER CATTIVA TRASMISSIONE DELLA COMUNICAZIONE CON IL PERSONALE;
- AUMENTO NUMERO DI ALLONTANATI (LWBS);

CONSEGUENZE DEL CROWDING 5: RIDUZIONE DI SICUREZZA DEL PAZIENTE: JCI

JCI ASSERISCE CHE IL 50% DEGLI EVENTI SENTINELLA SI
VERIFICA IN PRONTO SOCCORSO E CHE 1/3 DI QUESTI
DERIVA DALL'AFFOLLAMENTO

GENERAL SOLUTIONS: TO DECOMPRESS THE ED YOU MUST EITHER

1. CLOSE THE FRONT DOOR

AMBULANCE DIVERSION

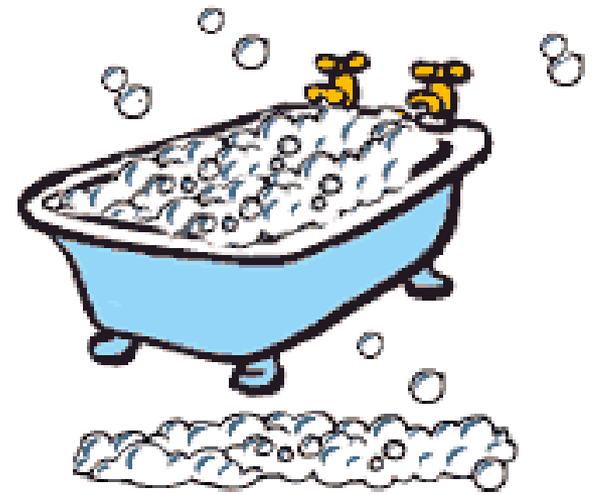
WAIT TILL THEY GIVE UP (LWBS)

2. OR OPEN THE BACK DOOR

**ALLOW THE CROWD THAT'S PRESENT TO
LEAVE**

Created by Delaney / Palomba, UMMHC-HealthAlliance 2005

*Simply, if no Output,
then Overflow*



IL TRIAGE MODERNO

- Deve stabilire con quanta rapidità il paziente necessita di essere visitato;
- Deve inviare il paziente nello streaming/ FAST TRACK corretto
- Non deve stabilire di che cosa sia affetto il paziente

CONSEGUENZE DEL SOVRAFFOLLAMENTO DOPO IL TRIAGE rischio clinico

- aumento dei tempi di attesa per l'accesso alla visita medica
- rischio di ritardo di inizio di PDTA
- ritardo di inizio di percorsi condivisi: (*time is brain, time is muscle, ecc.*)



Foto storica, Pavia 1999

SOVRAFFOLLAMENTO PS

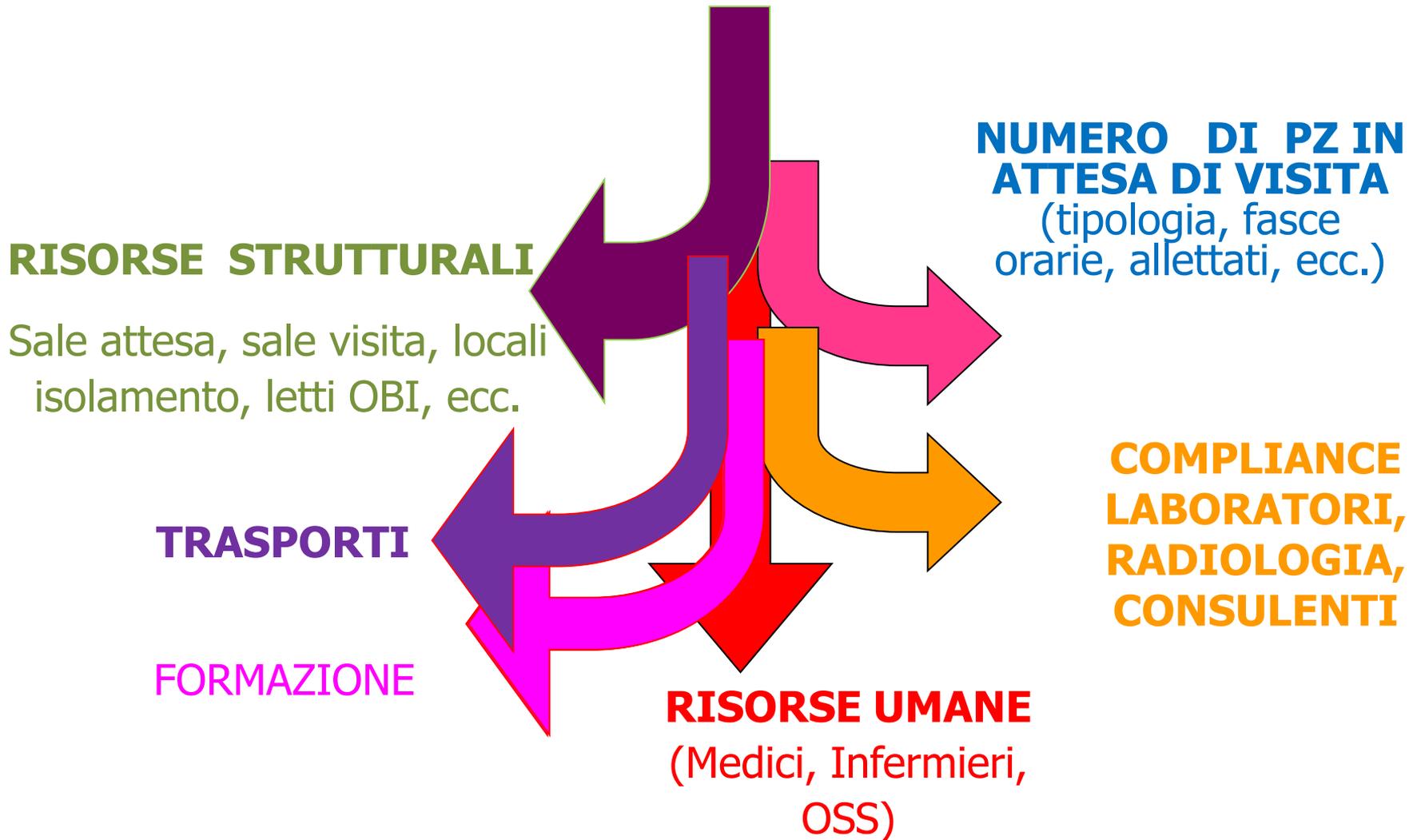
contrariamente al suo nome, il sovraffollamento del ps **non è un problema del pronto soccorso ma è un problema di tutto l'ospedale, del "sistema".**

un ospedale sovraffollato è la radice del sovraffollamento del pronto soccorso.

il sovraffollamento è funzione del volume di pazienti, della loro gravità e complessità, delle aeree disponibili ad accoglierli e del numero di operatori in servizio.

ACEP,2004

RI-ORGANIZZAZIONE DEL CROWDING OLTRE IL TRIAGE



TAKE HOME MESSAGES 1

IL SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO, CONTRARIAMENTE AL SUO NOME, **NON È UN PROBLEMA DEL PRONTO SOCCORSO MA È UN PROBLEMA DI TUTTO L'OSPEDALE, CIOE' DEL "SISTEMA".**

ACEP 2004

TAKE HOME MESSAGES 2

un ospedale sovraffollato è la radice del sovraffollamento del pronto soccorso.

IL SOVRAFFOLLAMENTO È FUNZIONE DEL VOLUME DI PAZIENTI, DELLA LORO GRAVITÀ E COMPLESSITÀ, DELLE AREE DISPONIBILI AD ACCOGLIERLI E DEL NUMERO DI OPERATORI IN SERVIZIO.

ACEP,2004

TAKE HOME MESSAGES 3

IL CROWDING DEL PRONTO SOCCORSO E' DIVENTATO NEGLI ULTIMI ANNI UNO STATO CRONICO: NELLA MAGGIOR PARTE DEGLI OSPEDALI AMERICANI, GLI ED SONO AFFOLLATI "QUASI SEMPRE" NEL 60% DEI CASI E HANNO PAZIENTI "BOARDING" FINO A 8-12 ORE IL GIORNO NEL 40% DEI CASI.

QUESTIONARIO USA 2007

09

Pavia
6 novembre

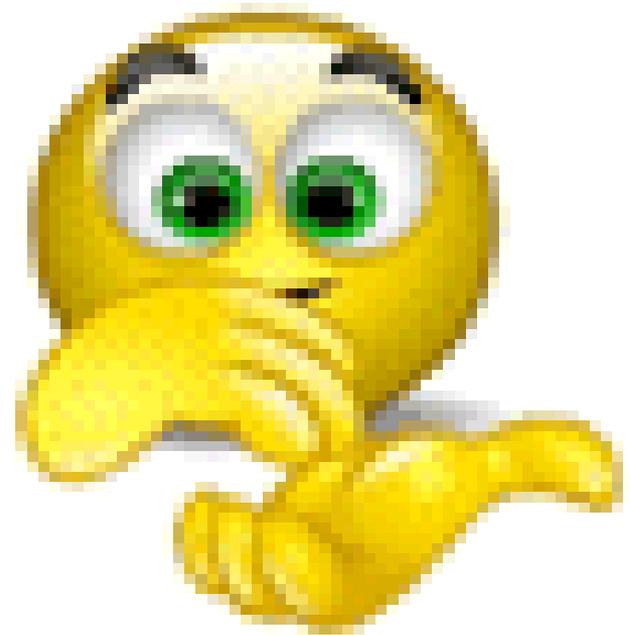
ITINERARI DI PRONTO SOCCORSO:

OLTRE

IL TRIAGE



GRAZIE



m.bressan@smatteo.pv.it