



Pisa, 29 luglio 2017 – Addio ai codici colore, utilizzati finora al pronto soccorso per il triage: dal bianco della non urgenza al rosso dell'emergenza, del pericolo di vita, passando per l'azzurro, il verde, il giallo. Dal 1° gennaio 2018, nei pronto soccorso della Toscana i codici di priorità saranno numerici: dall'1 dell'emergenza al 5 della non urgenza. Una rivoluzione, questa, che fa parte della riorganizzazione del Pronto soccorso varata dalla giunta regionale con la delibera approvata nel corso dell'ultima seduta.

L'assessore al diritto alla salute Stefania Saccardi ha illustrato tutte le novità nel corso di una conferenza stampa. Erano con lei, Maria Teresa Mechi e Luca Puccetti, del settore Qualità dei servizi e reti cliniche dell'assessorato.

“Il pronto soccorso è per sua natura una delle aree a maggiore complessità all'interno di una struttura ospedaliera - dice l'assessore Saccardi - Nei pronto soccorso della Toscana si registrano un milione e mezzo di accessi l'anno. Abbiamo voluto ripensare l'intera organizzazione del pronto soccorso, sia per accorciare i tempi di attesa che per assicurare un'attenzione maggiore alle persone più fragili. La nuova organizzazione entrerà in funzione con l'inizio del 2018. Il passaggio dai codici colore a quelli numerici è l'aspetto più evidente, ma in realtà le trasformazioni coinvolgono tutto il percorso dell'emergenza urgenza”.

Il Pronto soccorso in Toscana

Ogni giorno in Toscana circa 4.100 cittadini si presentano ad un Pronto soccorso, per un totale di un milione e 500.000 accessi nello scorso anno, ovvero 4 accessi l'anno ogni 10 persone residenti. Ben 3 accessi su 4 hanno come esito la dimissione senza ricovero. Nei primi sei mesi del 2017, con 753.000 accessi si confermano i livelli dell'anno precedente. A livello di singolo ospedale, si possono raggiungere gli 88.000 accessi annui come nell'Azienda Pisana, o i 99.000 accessi dell'ospedale di Prato, fino ad arrivare ai 127.000 accessi di Careggi.

L'accesso al PS attualmente è gestito mediante i codici colore, che segnalano i criteri di priorità che regolamentano di fatto il tempo di attesa (il codice bianco evidenzia una non urgenza; il codice azzurro una urgenza minore di scarsa rilevanza clinica; il codice verde una urgenza ma differibile; il codice giallo una urgenza; il codice rosso segnala invece una emergenza, un pericolo di vita). Un accesso ogni 4 ha un codice di priorità minore (bianco e azzurro) e il verde copre oltre la metà degli accessi. La presenza di ampie fette di popolazione ‘fragile’ (anziani, disabili, bambini, etc.) condiziona spesso le priorità di accesso, interferendo con le motivazioni puramente cliniche.

Perché ripensare l'organizzazione del PS?

- Per ricercare nuove soluzioni per affrontare le problematiche delle lunghe attese.
- Per assicurare maggiore attenzione alle persone con fragilità.

Mediamente, il 75% del tempo speso da un paziente in PS è un tempo di attesa, del quale buona parte dopo il triage, ma anche dopo l'inizio del percorso assistenziale con la visita medica, il paziente trascorre altre attese, più o meno lunghe: per l'esecuzione degli esami diagnostici di laboratorio o strumentali e la loro risposta, per le consulenze, per la rivalutazione finale da parte del medico del PS. Altre attese si verificano, una volta deciso il ricovero, per il posto letto in reparto o, in caso di dimissione, per l'uscita dal PS, sia per l'attesa del mezzo di trasporto, sia, quando prevista, per l'organizzazione della continuità delle cure sul territorio.

Il nuovo modello di organizzazione del Pronto soccorso

Nel nuovo modello l'organizzazione del PS è stata ridisegnata a partire dalla funzione di triage che non si limiterà a 'mettere in fila' i pazienti per essere visitati dal medico dando priorità alle situazioni a maggiore gravità, ma orienterà da subito i pazienti verso i percorsi di cura interni al PS. Diversamente dall'attuale PS, organizzato per codice di priorità, nel nuovo modello il paziente viene accolto in base al suo bisogno clinico ed alla complessità assistenziale, grazie alla individuazione a partire dal triage del percorso più appropriato in base alle caratteristiche clinico-assistenziali del paziente ed al potenziale assorbimento di risorse.

Il nuovo triage utilizza codici numerici con una numerazione crescente al decrescere della priorità in base alla valutazione del rischio evolutivo, dei bisogni assistenziali e dell'impegno di risorse stimato per il trattamento. I pazienti valutati con codice 1 vengono assegnati all'area ad alta complessità clinico-assistenziale, i pazienti valutati con codice 2 e 3 all'area a complessità clinico-assistenziale intermedia e quelli con codice 4 e 5 all'area a bassa complessità clinico-assistenziale.

I nuovi codici di Triage

- Codice di priorità 1: emergenza - tempo massimo di attesa: immediato
- Codice di priorità 2: urgenza indifferibile - entro 15 minuti
- Codice di priorità 3: urgenza differibile - entro 60 minuti
- Codice di priorità 4: urgenza minore - entro 120 minuti
- Codice di priorità 5: non urgenza - entro 240 minuti