

INDICE

1. Introduzione.....	3
1.1 Le urgenze ed emergenze.....	5
1.2 La doverosità dell'intervento:aspetti deontologici della professione Ostetrica.....	6
2. IlTriage Ostetrico.....	8
2.1 Cenni storici.....	8
2.2 Definizione di Triage Ostetrico e i relativi obiettivi.....	10
2.3 Il processo di Triage.....	11
2.4 Il sistema di codifica.....	16
2.5 La rivalutazione.....	20
2.6 I protocolli.....	23
2.7 La scheda di Triage.....	25
2.8 Perché il Triage?.....	25
2.9 Chi esegue il Triage?.....	26
2.9.1 In materia di competenza.....	28
2.10 Requisiti per l'attuazione del progetto di triage.....	33
2.10.1 Sistema di verifica e qualità dell'attività di triage.....	36
3. Organizzazione di un Triage Ostetrico.....	44
3.1 Supporti normativi.....	46
3.2 Requisiti necessari all'attivazione di un pronto soccorso ostetrico- ginecologico.....	47

3.3 L'esperienza della Fondazione I.R.C.S.S. Policlinico "San Matteo" di Pavia.....	53
3.3.1 Materiali e Metodi.....	54
3.3.2 Risultati.....	55
3.3.3 Discussione.....	65
4. Conclusioni.....	68
 Bibliografia e Sitografia.....	

1. Introduzione

Alla luce di quanto viene riportato dagli Atti del 58° Congresso Nazionale della S.I.O.G. “ *Nessuno può essere in grado di dire a priori se quel travaglio sarà veramente fisiologico*” , si rende necessario che ogni punto nascita sia in grado di fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza materna e/o neonatale che sappiamo potersi verificare imprevedibilmente in ogni gravidanza.

Infatti, nonostante le attuali conoscenze in tema di fattori di rischio, prevenzione e monitoraggio, l'imprevisto è sempre in agguato e può presentarsi all'improvviso anche nelle gravidanze, travagli e parti assistiti nel migliore dei modi

Da ciò ne consegue che ogni punto nascita dovrebbe essere organizzato come un vero e proprio pronto soccorso, con personale dedicato, possibilmente, in servizio di guardia attiva 24 ore su 24.

Benchè si possa affermare che oggi le vere e proprie emergenze ostetriche sono certamente ridotte grazie ad un'assidua e stretta sorveglianza della gestazione, alla prevenzione di tutte le principali condizioni di rischio e ad una corretta assistenza al travaglio ed al parto, tuttavia quando un'emergenza si verifica essa può essere drammatica e concludersi con danni irreparabili o addirittura con la morte materne e/o perinatale.

Dal 2001 l'attenzione di popolazione, politici, amministratori e professionisti è stata spesso rivolta al sistema di emergenza ed anche al triage di Pronto Soccorso.

È indiscutibile che in questi anni il sistema d'emergenza sia cambiato e lo stia facendo anche adesso.

In diverse regioni sono stati attivati progetti di miglioramento dell'attività di triage di pronto soccorso maturando esperienze di grande valore che evidenziano anche la vetustà delle specifiche linee guida della conferenza Stato Regione sul tema.

Il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate è un imperativo etico.

I presupposti necessari alla realizzazione di un'assistenza di qualità sono:

- L'efficacia delle cure, ovvero l'erogazione di cure realmente utili;
- L'appropriatezza delle cure, ovvero cure non dannose e gradite per “quella” donna e “quel” feto/neonato;
- L'abilità tecnico-pratica in possesso dell'ostetrica tale da portare un miglioramento dello stato di salute della persona assistita.

L'ostetrica ha il duplice compito di prevenire le emergenze individuando i fattori di rischio e dall'altro riconoscerle il più precocemente possibile in modo da poterle trattare tempestivamente .

Compito delle Aziende Ospedaliere è invece quello di organizzare e strutturare i punti nascita in modo da consentire al medico e all'ostetrica lo svolgimento di questi doveri e garantire alle pazienti la massima sicurezza.

In questo elaborato di tesi vedremo in che modo la realizzazione e l'implementazione di un servizio di Triage ostetrico rivesta un ruolo importante nel raggiungimento di tali obiettivi.

1.1 Le urgenze ed emergenze

Prima di addentrarsi nella specifica problematica dell'urgenza e dell'emergenza in ostetricia, appare utile darne una definizione terminologica per evitare confusioni semantiche dovute al fatto che è consuetudine utilizzare l'uno o l'altro termine indistintamente per indicare quadri clinici che invece devono essere chiaramente distinti.

Le condizioni di emergenza-urgenza definiscono il soggetto critico ma è soprattutto il carattere di oggettività e gravità clinica che differenzia i due termini.

L'emergenza (dal latino emergere) ha assunto, per traslato, il significato di un qualcosa che si distingue per la sua eccezionalità.

In ambito sanitario è una condizione di straordinaria gravità, di equilibrio biologico notevolmente compromesso, con immediato pericolo di vita che impone l'attuazione di interventi terapeutici in tempi estremamente ristretti.

L'urgenza (dal latino urgentia) è definita come una situazione di gravità che necessita di una decisione di intervento improcrastinabile; in ambito sanitario essa si identifica con una condizione clinica "statisticamente ordinaria che riguarda uno o più individui colpiti da processi patologici per i quali, pur non esistendo un immediato pericolo di vita, è tuttavia necessario adottare, entro breve termine, l'opportuno intervento terapeutico"

[AAROI-SIAARTI, 1991], è caratterizzata dunque da un grave danneggiamento del normale equilibrio biologico e da una rapida capacità di evoluzione.

La Federazione Italiana di Medicina d'Urgenza e di Pronto Soccorso (FIMUPS) ritiene che il termine "urgenza" debba essere più propriamente indicato in senso clinico e che l' "emergenza" identifichi una situazione, un meccanismo di tipo più organizzativo che assistenziale, il quale richiede l'apporto di più persone con diverse e specifiche competenze; facendo riferimento al D.P.R. 27 marzo 1992 che istituisce i Dipartimenti di Emergenza, esso precisa come l'emergenza venga a comprendere anche l'urgenza rappresentandone il massimo grado.

1.2 La doverosità dell'intervento: aspetti deontologici della professione ostetrica.

Quando si verifica un'urgenza/emergenza, l'obbligo di dover intervenire per prestare l'adeguata assistenza è di ordine deontologico, amministrativo e giuridico e prescinde dal ruolo, dalle funzioni e dalla specializzazione dell'operatore.

Come sottolinea la deontologia in ambito sanitario, l'attività assistenziale in urgenza è la logica e naturale conseguenza della profonda valenza etica delle professioni sanitarie, che si prefiggono di tutelare la vita del singolo e della collettività.

In particolare il Codice Deontologico dell'Ostetrica/o anno 2000 si esprime come segue: art. 2.6 " L'ostetrica/o deve sempre rispondere alla richiesta di bisogno di salute, anche quando questa esuli dalla sua abituale attività o comporti disagio o rischio personale. Nei casi di urgenza deve attivarsi tempestivamente per assicurare un'adeguata assistenza. Il rifiuto di prestare soccorso costituisce in tali casi grave mancanza deontologica."

Il concetto di emergenza in ambito giurisprudenziale, si integra con tre articoli del codice penale:

- Articolo 54 “ Stato di Necessità”;
- Articolo 591 “Abbandono di Incapace”;
- Articolo 593 “ Omissione di Soccorso”.

Sulla base della normativa menzionata, si deduce che l’ostetrica/o ha il dovere deontologico e giuridico di prestare assistenza alla persona e più specificatamente alla donna e al bambino do fronte alle emergenze che costituiscono. Appunto, uno stato di necessità.

2. Il Triage Ostetrico

2.1 Cenni storici.

Il termine “ triage” deriva dal verbo francese “trier” che significa letteralmente “scegliere”, operare una soluzione e da cui deriva la figura del “trierer” ossia colui che sceglie.

Le sue origini semantiche rimandano alla sanità militare e specificatamente alla seconda metà del 1700 quando il Barone Jean Dominique Larrey, capo delle armate napoleoniche, organizzò una sorta di sistema di emergenza per evacuare dai campi di battaglia gli ufficiali e i soldati feriti, organizzando alcuni criteri di priorità. In base a questi ultimi venivano evacuati prima i feriti meno gravi perché avevano maggiori possibilità di salvarsi e servire ancora l'esercito e poi quelli più gravi.

Si trattava quindi di un processo operativo inverso a quello codificato attualmente nel triage, consistente nell'assegnazione di un codice-colore di priorità sulla base delle condizioni presenti e delle possibili complicanze, del flusso dei pazienti e delle disponibilità delle risorse, con l'obiettivo prioritario della tempestiva identificazione delle situazioni a rischio da trattare con precedenza su tutte le altre.

Sin dal 1800 gli infermieri militari dell'esercito italiano operavano il triage direttamente sul campo di battaglia con modalità simili all'attuale concezione e con gli stessi fini e questa operazione veniva chiamata “cernita”. Usavano delle schede con tagliandi rossi o verdi sulle quali apponevano la trasportabilità del malato, la problematica riscontrata e le operazioni svolte:

esse rappresentavano i precursori delle moderne schede di triage. Tale scheda veniva poi apposta sul cappotto del ferito perché fosse bene in mostra.

Il triage, come lo intendiamo oggi, nasce invece negli anni '60 negli Stati Uniti al fine di gestire il progressivo sovraffollamento delle strutture di Pronto Soccorso. Qui la popolazione non gode di un S.S.N. che si fa carico delle prestazioni sanitarie ma ogni cittadino paga le proprie spese mediche e tutto è organizzato attraverso assicurazioni personali che non tutti possiedono. Per la legge americana solo il dipartimento di emergenza è tenuto a prestare gratuitamente assistenza a chiunque, ecco perché si verificano così tanti accessi in pronto soccorso.

Sulla base delle esperienze statunitensi il triage in Italia comincia a farsi strada agli inizi degli anni '90 in assenza di riferimenti normativi. La materia verrà poi normata nel '96 con la pubblicazione delle linee guida per il sistema di emergenza-urgenza in applicazione a quanto prevede il DPR 27 marzo 1992 del Ministero della Sanità.

Il D.E.A. (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) è il modello organizzativo che ha migliorato i presidi di Pronto Soccorso in termini di efficienza della gestione dell'urgenza/emergenza secondo la logica del “problem solving”.

Ciò trova un fondamento negli enunciati dell'art.10 del D.P.R. n.128 del 27/03/69, e dell'art.55 della Legge n.148 del 18/04/75 (che al primo si richiama).

Il sistema operativo del D.E.A. è il triage.

In un Pronto Soccorso (P.S.) ostetrico-ginecologico l'emergenza è poco frequente ma, quando si presenta, essa è drammatica e può diventare fatale.

Il tempo della diagnosi deve essere brevissimo, il trattamento immediato.

In un P.S. sovraffollato, quali sono sempre più spesso i P.S. italiani, l'intervento può però incontrare qualche difficoltà.

Nasce quindi l'esigenza di istituzionalizzare il processo di triage in ambito ostetrico-ginecologico perché non esistono gravidanza e parto senza rischio, ma solo, nei casi più favorevoli, si può parlare di basso rischio.

1.3 Definizione del triage e i relativi obiettivi.

Il triage consiste nella definizione delle priorità di trattamento dei pazienti sulla base della loro gravità clinica, del rischio evolutivo e delle risorse disponibili [GFT-gruppo formazione triage, 2013].

Perché un intervento in urgenza-emergenza sia efficace deve poter essere espletato in tempi congrui e comunque brevi perché, a volte, anche pochi minuti sono sufficienti per consentire il recupero o, viceversa, l'irreversibile declino delle condizioni del paziente assistito.

Gli obiettivi che il triage si propone sono quindi quelli di:

- Identificare rapidamente le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento;
- Ridurre al minimo i ritardi dell'intervento sul paziente urgente attribuendo a tutti gli utenti un codice di priorità che ne regoli l'accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- Fornire informazioni pertinenti e comprensibili ad utenti e familiari diminuendone l'ansia e garantendone una adeguata e costante presa in carico;
- Garantire gli standard minimi di sicurezza attraverso l'elaborazione di protocolli organizzativi specifici;

1.4 Il processo di Triage

Il triage deve essere svolto da personale debitamente formato, che opera secondo protocolli propri della struttura ed è presente costantemente sul luogo di arrivo dei pazienti.

Il modello di riferimento a cui si dovrebbe ispirare il triage ostetrico è quello del “ Triage Globale”. Esso si fonda su un approccio olistico alla persona e ad i suoi familiari, realizza la valutazione ostetrica servendosi della raccolta dei dati soggettivi e oggettivi e tiene conto dell'effettiva disponibilità di risorse della struttura.

L'olismo (dal greco òlos=tutto, intero) è quella teoria secondo la quale “l'universo, ed in particolare tutto ciò che vive, è visto come tanti interi che interagiscono e che sono molto più che la somma delle parti” per cui l'organismo stesso è un qualcosa di più semplice della somma delle parti di cui è composto.

Una visione olistica della persona significa, pertanto, considerarla nella sua interezza, dove ogni parte è dipendente l'una dall'altra ed è ordinata in modo sistemico.

Alla base della teoria olistica c'è il riconoscimento ed il rispetto dell'interazione tra mente, corpo e spirito della persona con l'ambiente circostante in modo da poter comprendere la persona nella sua interezza: l'unità madre-feto è un intero così come lo è l'unità madre-neonato.

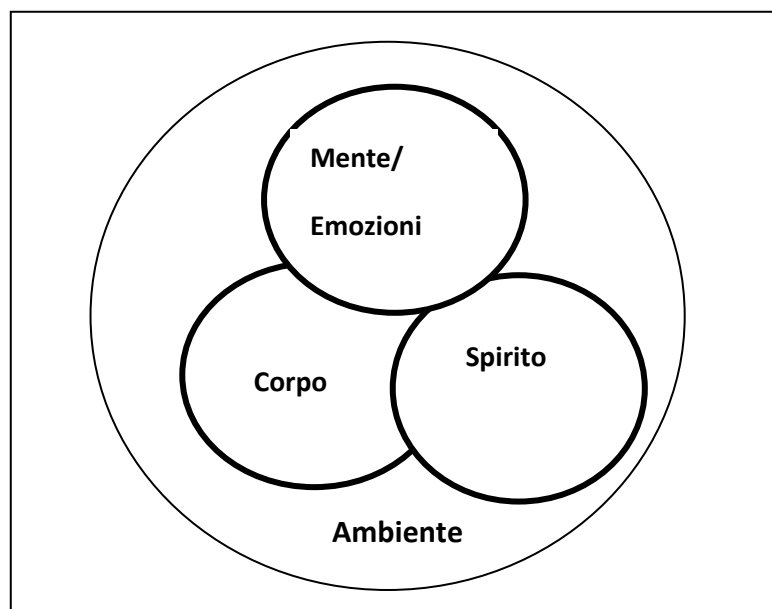


Figura 1. Olistimo: mente, corpo e spirito interagiscono tra loro e con l'ambiente circostante.

Per la realizzazione di questo modello è necessario che vengano rispettati alcuni presupposti:

- Effettiva presa in carico della persona dal momento in cui essa si rivolge alla struttura;
- Sicurezza della valutazione professionale da parte di un'ostetrica adeguatamente formata;

- Assegnazione del codice colore in considerazione di tutti i problemi di salute del paziente, delle sue necessità di cura attuali, dei suoi bisogni e del possibile rischio evolutivo;
- Presenza di un sistema documentale adeguato (protocolli e scheda di triage).

Nel sistema sanitario moderno il triage rappresenta uno strumento essenziale nei servizi di emergenza, quindi la metodica di esecuzione deve essere:

- Di facile applicazione;
- Di facile comprensione;
- Caratterizzata da uniformità di esecuzione.

Il processo si deve articolare in 4 fasi:

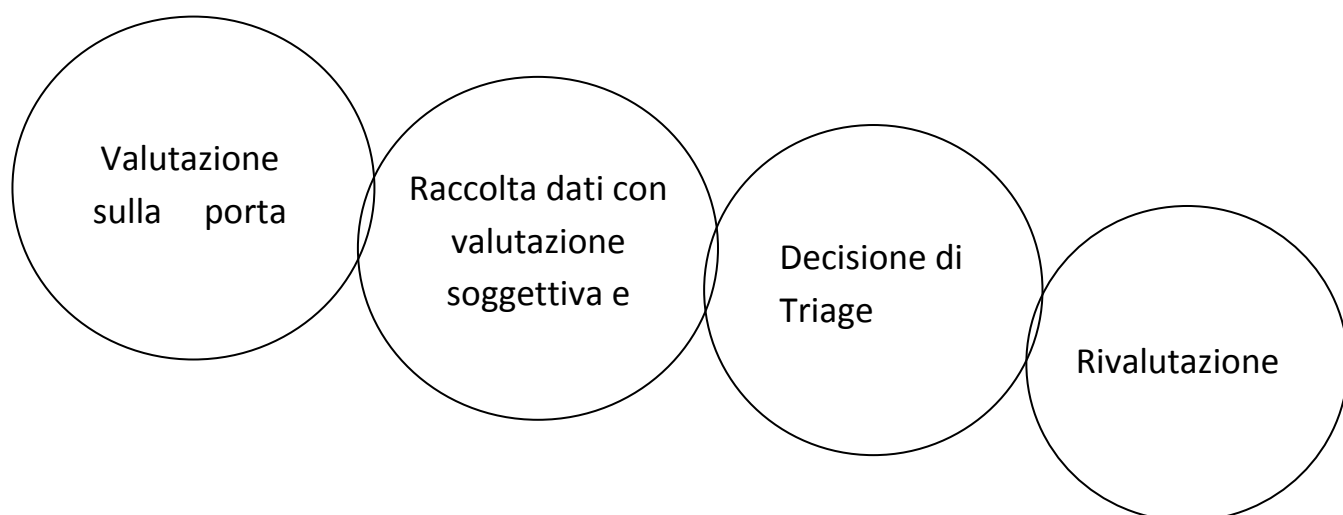


Figura 2. Le 4 fasi del processo di Triage

- 1) Valutazione sulla porta: consiste in una rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
- 2) Raccolta dati: si compone della valutazione soggettiva, effettuata essenzialmente attraverso l'intervista (anamnesi mirata e valutazione dei sintomi) e della valutazione oggettiva, la quale consiste nella

rilevazione dei segni e nell'analisi della documentazione clinica ove disponibile.

L'ostetrica/o interroga la paziente ed eventuali accompagnatori, se necessario, al fine di determinare:

-Il *sintomo principale* ossia la problematica determinante che ha indotto la paziente a recarsi in pronto soccorso. Le domande iniziali dovrebbero essere aperte così da consentire alla paziente di descrivere i propri sintomi liberamente.

- I *sintomi associati* che possono essere correlati alle condizioni della paziente.

-L' *evento presente* ossia il problema di maggior rilevanza della paziente. Le informazioni da ottenere devono comprendere l'ora di insorgenza dei sintomi, la loro progressione nel tempo, l'area interessata dal problema, il meccanismo di un eventuale trauma così come le terapie effettuate e bisogna evitare di pensare che il problema più evidente sia quello principale.

- Il *dolore*, in particolare la sua sede, intensità e caratteristiche.

- L' *anamnesi del paziente*, fondamentale poiché permette di avere un quadro clinico più completo e potrebbe influenzare significativamente l'assegnazione del codice colore.

La modalità di valutazione e l'accuratezza della fase di raccolta dati devono tenere conto delle condizioni della persona. L'intervista deve essere mirata a raccogliere il maggior numero di informazioni necessarie alla definizione del problema di salute della persona e del possibile rischio evolutivo.

In questa fase diventano essenziali le capacità comunicative e di interazione con paziente ed accompagnatori. Essa deve prevedere un'anamnesi rapida ma accurata, l'individuazione di fattori di rischio presenti, terapie assunte, patologie presenti ed allergie.

La valutazione oggettiva si compone dell'esame fisico e dell'analisi della documentazione. Consiste di dati osservati (come si presenta la paziente), dati misurati (parametri vitali) e dati ricercati (esame localizzato). Nel ricercare questi dati bisognerebbe tener conto di alcuni principi generali: visualizzare sempre, nel rispetto della privacy, la zona interessata dal problema principale dopo di che visualizzare il resto; iniziare l'indagine dalle manovre e domande meno invasive per poi procedere in crescendo; in caso di dubbio cercare sempre l'aiuto di colleghi o del medico.

Se necessario potranno essere effettuati alcuni provvedimenti assistenziali indispensabili per supportare la paziente in attesa e diminuirne lo stress emotivo e doloroso, quali ad esempio: sistemazione posturale idonea (barella, carrozzina, ecc.), medicazioni temporanee di ferite, applicazione di ghiaccio, ecc..

Inoltre se previsto dai protocolli, possono essere iniziati trattamenti diagnostici o terapeutici e attivati percorsi dedicati.

Compito dell'ostetrica di triage è anche quello di garantire un'adeguata informazione all'utente circa l'esito della valutazione di triage ed il funzionamento della struttura anche attraverso la consegna di opuscoli informativi.

c) Decisione di Triage: si concretizza con l'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

d) Rivalutazione: necessaria per cogliere tempestivamente eventuali evoluzioni delle condizioni degli utenti in attesa. Il codice colore può essere riconfermato o variare.

1.5 Il Sistema di Codifica

Nel rispetto della normativa nazionale e nell'intento di uniformarsi alle principali evidenze scientifiche internazionali, il sistema di codifica del codice di priorità si deve articolare su quattro tipologie di colore.

È bene precisare che tale codice definisce l'indice di priorità e non di gravità in quanto la priorità definisce il tempo d'attesa alla valutazione ostetrica o medica, mentre un codice di gravità presuppone una diagnosi e un tempo di esecuzione di esami diagnostici e di interventi terapeutici. L'ostetrica/o triagista, quindi, accoglie la donna, ne valuta la condizione clinica e ne assegna il codice colore di priorità secondo i seguenti criteri:

Codice Rosso – immediato pericolo di vita: si ha la grave compromissione di una o più funzioni vitali (coscienza, respirazione, funzione cardiocircolatoria) e/o l'alterazione di uno o più parametri vitali. L'accesso alle aree di trattamento deve essere immediato.

Codice Giallo – potenziale pericolo di vita: si ha un paziente critico con sintomi e/o lesioni gravi e con funzioni vitali non gravemente compromesse ma suscettibili di peggioramento. Il tempo massimo di attesa per la visita medica è di 20 minuti.

Codice Verde – urgenza differibile: si ha un paziente non critico con funzioni vitali e parametri vitali stabili che necessita di interventi differibili nel tempo ma comunque urgenti. La sintomatologia è rilevante e ad insorgenza acuta. Il tempo massimo di attesa per la visita medica è di 90 minuti.

Codice Bianco – non urgenza: si ha un paziente non critico con funzioni vitali stabili che necessita di interventi non urgenti per i quali il protrarsi del tempo

di attesa non ne aggrava le condizioni. La sintomatologia non è rilevante e ad insorgenza non acuta. Il tempo di attesa non è definibile.

È facoltà delle singole realtà locali prevedere all'interno del sistema di codifica sopraindicato delle sub categorie che consentano una ulteriore stratificazione del grado di criticità dei pazienti che deve avvenire nel rispetto dei criteri sopra definiti.

La tempestiva identificazione dei codici “critici” (rosso e giallo) è l’obiettivo prioritario del processo. Il codice rosso è spesso evidenziato nella “valutazione sulla porta” e talora preannunciato telefonicamente dal 118.

La letteratura non riporta riferimenti sul triage di pronto soccorso ostetrico, né dei modelli di formazione specifici ai quali riferirsi.

Tra le varie proposte adottate dalle diverse Aziende Sanitarie riporto in particolare il modello proposto dal CIAO (Club Italiano Anestesisti e Ostetrici) che ha elaborato un progetto ad hoc tramite una commissione composta da infermieri, medici e ostetriche ed ha elaborato protocolli sia per i sintomi e per i segni di maggiore rilevanza ai fini dell'emergenza, sia per quelli di riscontro più comune.

Il modello di triage adottato:

ROSSO – per le condizioni in cui è in atto la compromissione di una funzione vitale della donna o del feto, con il rischio di immediato pericolo di vita.

Patologie fetali:

- Prolasso di funicolo
- Mancata percezione dei MAF
- Sofferenza fetale
- Morte intrauterina
- Prolasso di arto fetale

Patologie a carattere emorragico:

- Sospetto distacco di placenta
- Placenta previa sanguinante
- Rottura d'utero
- Aborto in atto
- Minaccia d'aborto

Patologie a carattere non emorragico:

- Crisi ipertensiva
- Crisi eclamptica
- Epatopatie acute (HELLP, steatosi gravidica)
- Crisi diabetica e/o coma diabetico
- Addome acuto (sospetta GEU, embolia di liquido amniotico, patologie abortive, appendicite acuta)
- Politrauma
- Arresto cardiaco/respiratorio
- Insufficienza respiratoria acuta (dispnea marcata)
- Cefale acuta con associati segni neurologici (stato confusionale)
- Crisi psicotica acuta (con violenza verso se e gli altri)

GIALLO – per le condizioni in cui esiste la minaccia di un cedimento di una funzione vitale della donna o del feto con possibilità di vita autonoma;

- Colica renale
- Epatopatie in gravidanza stabile
- PROM in gravidanza fisiologica
- PROM in gravidanza patologica (preeclampsia, IUGR, malformazione fetale, ecc.)
- PROM in gravidanza con pregresso TC
- PROM in gravidanza gemellare con primo feto in presentazione podalica
- PROM in gravidanza con feto in presentazione anomala
- Ipertensione gestazionale stabile
- Inizio travaglio in paziente portatrice di cerchiaggio cervicale
- Inizio travaglio in gravidanza pretermine
- Inizio travaglio in paziente con pregresso TC
- Inizio travaglio in paziente con feto in presentazione anomala
- Inizio travaglio in paziente con gravidanza gemellare e primo feto podalico
- Inizio travaglio in paziente con TC programmato
- Importante dolore addominale spontaneo o post traumatico in assenza di alterazioni dei parametri vitali
- Metrorragie del puerperio

L'accesso agli ambulatori è immediato, compatibilmente con altre emergenze in atto, ed il tempo medio di attesa, possibilmente, non dovrebbe superare i 10 minuti. E' necessaria una valutazione successiva della paziente ogni 5-10 minuti.

VERDE – al momento non esistono fattori che pongono la vita della donna e del feto a rischio, ma rilevante è il controllo a distanza del triagista che al mutare delle condizioni della paziente modifica anche il codice di triage.

- Inizio travaglio in gravidanza fisiologica
- Deiscenza di suture (episiorrafia, sutura del taglio cesareo)
- Iperemesi gravidica
- Controllo cardiotocografico

BIANCO – per le richieste di generico controllo o dovute a patologie minori. Anche in questo caso è rilevante il controllo a distanza del triagista che al mutare delle condizioni della paziente modifica anche il codice di triage.

- Controlli in gravidanza in normale evoluzione
- Perdite vaginali non ematiche
- Richiesta di ricovero per TC elettivi
- Richiesta di ricovero per gravidanza oltre il termine

2.5 La rivalutazione

È un processo fondamentale mirato a mantenere il controllo degli assistiti e deve essere garantito a tutti gli utenti poiché dopo la decisione di triage la maggior parte dei pazienti viene indirizzata in sala d'attesa dove i tempi possono risultare anche molto lunghi. Per evitare aggravamenti durante tale

periodo il paziente deve essere rivalutato ad intervalli predefiniti o in base alle condizioni di salute o alla patologia presente. Deve essere attuata:

- a giudizio dell'ostetrica/o di triage;
- a richiesta dell'utente o dei suoi accompagnatori;
- allo scadere del tempo di rivalutazione previsto per ogni codice.

Il codice di priorità assegnato all'ingresso del paziente non è un valore fisso ma può essere modificato dall'ostetrica in qualsiasi momento così da poter identificare una situazione divenuta più grave o meno grave a seconda del peggioramento o del miglioramento delle condizioni della paziente. Lo scopo della rivalutazione è, in qualche modo, anche quello di correggere eventuali errori commessi durante la valutazione iniziale di triage e si baserà quindi sugli elementi universali della clinica quali: l'anamnesi, la rilevazione dei parametri vitali e di nuovi sintomi insorti e l'esecuzione di test diagnostici. Ogni realtà dovrà stabilire i tempi di rivalutazione massimi in base ai vari codici che non potranno superare comunque i 10 minuti per i codici gialli, 60 minuti per i codici verdi e 240 minuti per quelli bianchi.

Concludendo la rivalutazione è una fase fondamentale per individuare in tempo utile un'eventuale evoluzione delle condizioni cliniche del paziente, dargli sicurezza garantendogli una presa in carico continuativa e garantire gli operatori sanitari da conseguenze medico-legali fornendogli una metodologia di lavoro sperimentata.

TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO OSTETRICO-GINECOLOGICO

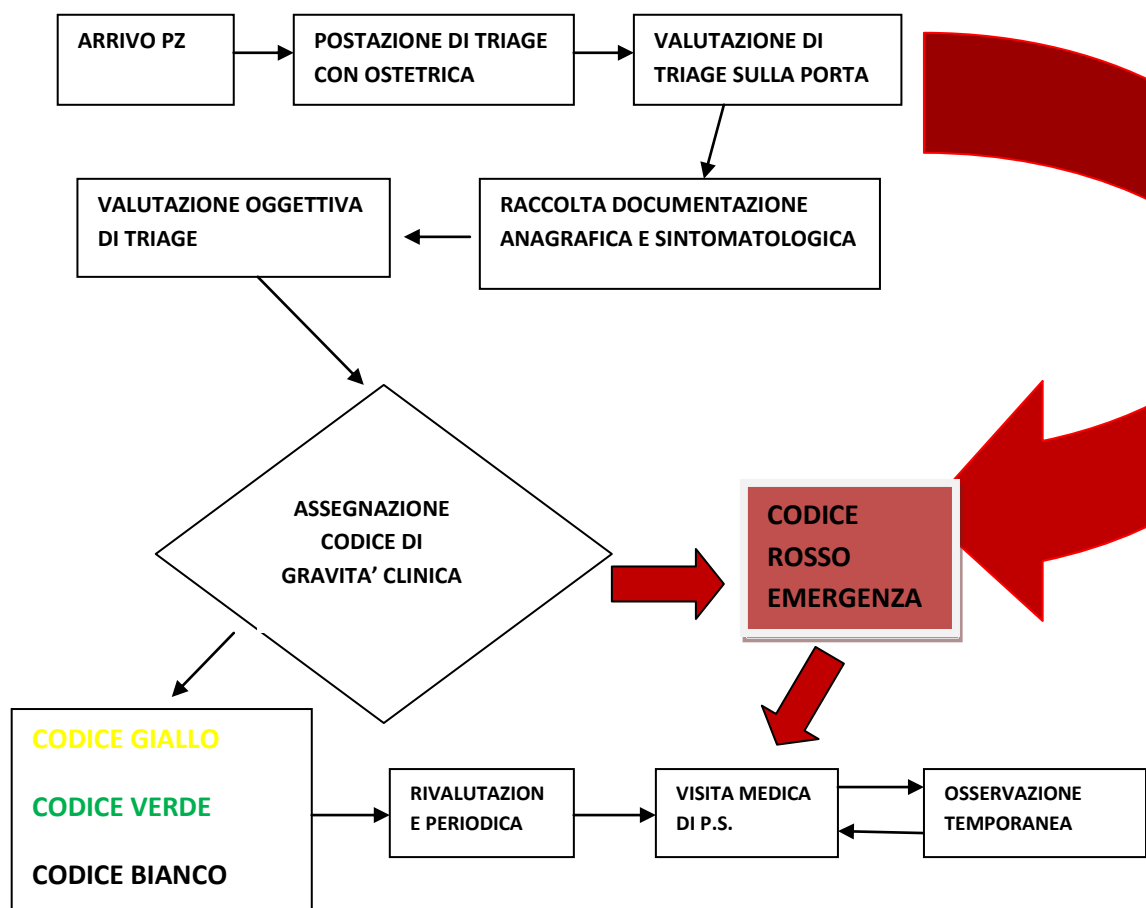


Figura 3. Schema completo del processo di triage

2.6 I protocolli

Ogni struttura deve disporre di protocolli di triage elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici, infermieri ed ostetriche esperti) approvati dal responsabile medico e da ostetriche del servizio e del dipartimento ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte. Il sistema di protocolli deve essere articolato per sintomi principali, deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in pronto soccorso e deve essere aggiornato alle migliori evidenze scientifiche del momento adattandosi alle specificità del contesto al quale si riferisce. Ogni struttura deve garantire una periodica revisione dei protocolli di triage.

2.7 La scheda di Triage

La raccolta dati eseguita durante la fase di valutazione trova il suo momento finale proprio nella scheda di triage, essa è elemento imprescindibile del sistema perché deve documentare il processo decisionale che ha portato alla formulazione del codice di priorità, deve descrivere i provvedimenti attuati al triage e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del pronto soccorso. La sua obbligatorietà giuridica deriva dall'obbligo che ogni professionista ha di documentare le azioni compiute e deve pertanto essere considerata "atto pubblico" e come tale è soggetta alle norme penalistiche sulla falsità documentale. È fondamentale che risponda a requisiti di chiarezza, veridicità e completezza, deve pertanto presentare l'elenco delle prestazioni sanitarie erogate ed il codice di priorità che si è scelto di attribuire al paziente. Sono proprio i dati in essa raccolti che giustificano la scelta del codice pertanto essa rappresenta anche una forma di protezione per

l'operatore in sede di un eventuale dibattito giuridico. Può essere realizzata su supporto cartaceo oppure informatico ma in ogni caso gli elementi che deve presentare sono:

- dati anagrafici per permettere l'inequivocabile identificazione dell'utente;
- data e ora di inizio e fine presa in carico al triage che coincide con il tempo d'attesa, tempo in cui solo l'ostetrica ha valutato la paziente;
- n° progressivo, obbligatorio per legge e utile per l'archiviazione e per successivi lavoro di ricerca;
- sintomo principale ossia il fattore che ha portato il paziente a recarsi in pronto soccorso. Esso non costituisce diagnosi ma pura raccolta dati;
- farmaci assunti e allergie note;
- test diagnostici (es. ECG, glicemia, ecc.);
- parametri vitali;
- valutazione ostetrica;
- codice di priorità assegnato;
- interventi effettuati in triage;
- percorsi/procedure brevi attuate in triage;
- esito di eventuali rivalutazioni;
- firma dell'operatore.

2.8 Perché il Triage?

La decima revisione dell' *“International Classification of Disease”* definisce morte materna *“ la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento, ma non da cause accidentali o fortuite”*.

Essa “rappresenta un evento drammatico che può essere determinato anche da standard assistenziali inappropriati” come esplicito dalla raccomandazione n. 6 marzo 2008 del Ministero della Salute.

Oggetto di questa raccomandazione è la gestione delle condizioni di rischio clinico in corso di travaglio e/o parto all'interno dell'ospedale al fine di prevenire esiti sfavorevoli e/o fatali. L'assistenza al di sotto dello standard risulta frequentemente associata alla mortalità materna infatti il sistema di sorveglianza inglese *Confidential Enquires into Maternal Death in the United Kingdom*, evidenzia nell'ultimo report che le cause principali di morte materna sono riconducibili a fattori clinico-assistenziali ed organizzativi fra cui: la mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti, l'incapacità di apprezzare la gravità del problema, la diagnosi non corretta, il trattamento sub-ottimale/non corretto, il mancato riferimento all'ospedale, la mancata revisione da parte di specialista esperto, la mancanza di posti letto in terapia intensiva, la terapia intensiva troppo distante, la mancanza di sangue e derivati.

Va osservato inoltre che il più frequente ricorso al taglio cesareo in Italia rispetto all'Europa potrebbe aumentare l'esposizione al rischio di morbosità e mortalità materna per alcune condizioni cliniche (ad esempio la malattia trombo embolica e la morte per anestesia).

La raccomandazione incoraggia, pertanto, l'adozione di appropriate misure assistenziali (protocolli e percorsi assistenziali) ed organizzative (triage ostetrico) al fine di evitare o almeno minimizzare l'insorgenza di eventi avversi in ambito ostetrico.

Il progetto del triage è orientato alla definizione di modalità standardizzate per garantire l'accesso diretto alle prestazioni sanitarie di pronto soccorso secondo una scala di priorità fondata su criteri di gravità ed urgenza.

2.9 Chi esegue il triage?

L'Ostetricia è la più antica delle arti mediche. Mentre infatti la medicina arcaica era fortemente dominata da magia, superstizione e dalle stesse religioni lasciando, praticamente, l'uomo indifeso dinanzi agli eventi patologici, l'assistenza alla gravidanza ed al parto è presente fin dai tempi più antichi e obbligava già da allora le levatrici a prendere decisioni operative concrete ed efficaci, atte a cercare di evitare la morbilità e mortalità materna e perinatale. Le ostetriche sono sempre state presenti nella vita della donna e del bambino rivestendo un ruolo cruciale.

Nel corso degli anni questa professione è andata modificandosi sia da un punto di vista culturale che normativo, attribuendo alla stessa responsabilità e competenze più approfondite e mirate. Questa evoluzione ha portato ai tempi nostri ad una maggiore preparazione delle ostetriche da un punto di vista anatomico e fisiologico della gravidanza, dell'evento nascita, del post-partum, del puerperio e del neonato, potendo così offrire maggiori certezze alla donna ed al suo nucleo familiare grazie anche al maggiore e migliore controllo

dell'evoluzione della gravidanza, riducendo anche il numero di complicanze ostetriche che una volta evolvevano in esiti drammatici. Il numero delle complicanze ostetriche si è ridotto grazie anche alla creazione di una migliore integrazione tra personale medico ed ostetrico con lo scopo di creare quello che viene definito "lavoro d'équipe", mediante la creazione di standard minimi di sicurezza, l'utilizzo di un linguaggio comune e di procedure personalizzate, nel caso si verificano situazioni di emergenza-urgenza. Il ruolo dell'ostetrica in équipe è quello di organizzare le varie attività operative proponendosi come punto di partenza per l'attivazione di un sistema di triage tenendo sempre presente quali siano le priorità e gli obiettivi da raggiungere.

La funzione di triage è svolta quindi da un'ostetrica triagista che opera secondo metodologie, protocolli e valori condivisi per la raccolta e l'elaborazione dei dati, che permette di valutare rapidamente, e con un certo grado di sicurezza, la condizione della donna e il benessere fetale, codificandone la priorità di risposta al bisogno. Una risposta sanitaria completa e soddisfacente e una raccolta dati schematica ma completa, richiedono all'ostetrica conoscenze aggiornate e capacità analitiche delle informazioni e dei dati.

In ostetricia la prognosi delle situazioni di criticità clinica è strettamente connessa alla tempestività della diagnosi, quindi, è auspicabile che venga effettuata da professionisti dedicati, capaci di definire un percorso clinico/assistenziale attraverso l'utilizzo delle modalità che l'evidenza scientifica mette a disposizione.

Le conoscenze teorico-pratiche sono acquisite dall'ostetrica durante un percorso formativo universitario (laurea in Ostetricia) con l'obbligo

deontologico di mantenerle aggiornate durante la vita professionale (codice deontologico dell'ostetrica/o anno 2000).

Queste conoscenze vengono ulteriormente sviluppate attraverso la formazione post-base: laurea magistrale, master e formazione continua che garantisce l'accreditamento professionale E.C.M. (Educazione Continua in Medicina). Altro ambito professionale orientato alla valorizzazione del sapere è la ricerca.

2.9.1 In materia di competenza

Per quanto riguarda le competenze nella professione ostetrica l'art.1, comma 5, del D.M. 740/1994 “ Profilo Professionale dell'Ostetrica/o” così recita: “l'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento del medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza”. Sulla base di questa norma, l'ostetrica ha il dovere di possedere un'adeguata professionalità per assistere con competenza un'emergenza ostetrico-neonatale o ginecologica.

Il possesso ed il mantenimento di un adeguato livello di competenza, sono resi possibili grazie alla promozione di una “medicina basata sulle evidenze” ossia una pratica clinica sostenuta da una rigorosa selezione di risultati prodotti dalle ricerche e dalla revisione più ampia possibile di tutte le indagini attinenti ad un determinato problema.

È importante che questa figura, nella realtà che ci appartiene, metta in risalto la propria autonomia nell'esercizio della professione, mantenendo sempre la collaborazione con gli altri specialisti, come

previsto dall'articolo 1, punti 3 e 6, del Profilo Professionale dell'Ostetrica/o:

3. L'ostetrica/o, nel rispetto dell'etica professionale, gestisce, come membro dell'équipe sanitaria, l'intervento assistenziale di propria competenza;

6. L'ostetrica/o svolge la sua attività in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale. In tal modo il lavoro ostetrico sarà basato non solo sulla semplice assistenza o sostegno emotivo alla donna, ma anche sulla possibilità di poter crescere dal punto di vista professionale ed in campo dirigenziale/manageriale.

L'ecografia

Sulla base di quanto disposto dai seguenti commi dell'articolo 48 "Esercizio delle attività professionali di ostetrica" del Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 206 l'ostetrica/o è autorizzata/o a:

- e. assistere la partorientente durante il travaglio e sorvegliare lo stato del feto nell'utero con mezzi clinici e tecnici appropriati;
- g. individuare nella madre o nel bambino i segni di anomalie che richiedono l'intervento di un medico e assistere quest'ultimo in caso d'intervento, prendere i provvedimenti d'urgenza che si impongono in assenza del medico e, in particolare, l'estrazione manuale della placenta seguita eventualmente dalla revisione uterina manuale.

Le linee guida SIEOG 2010 definiscono invece che:

- l'ecografia office (o ecografia di supporto) in ostetricia e ginecologia è un esame ecografico eseguito a sostegno alla visita, ed è finalizzato alla ricerca di dati diagnostici che possono essere utilizzati a completamento della stessa.
- le indicazioni all'ecografia office ed i parametri valutabili possono essere:
 - identificazione in utero del feto e n° di feti.
 - Presenza o assenza dell'attività cardiaca embrio-fetale.
 - Parte presentata del feto.
 - Quantità di liquido amniotico rilevata soggettivamente.
 - Conferma di presenza di tumefazioni pelviche e loro ecogenicità.
 - Posizione di IUD in utero.
- Nella comunità scientifica dell'area ostetrico-ginecologica internazionale e nazionale è ormai largamente condiviso che l'ecografia office, per le sue peculiarità intrinseche, è un esame che può essere effettuato anche da operatori che non possiedono una formazione specifica in campo ecografico, purchè abbiano una conoscenza di base della metodica.
- Dalla letteratura scientifica più accreditata risulta che l'impiego della diagnostica ad ultrasuoni nella sorveglianza del benessere materno/fetale anche da parte delle ostetriche, di fatto, è ormai un'attività consolidata nella midwifery internazionale.

Da quanto sopra detto si evince che per l'ostetrica l'ecografia office può rappresentare uno strumento di supporto per la rilevazione dei parametri materni e fetali. L'ostetrica/o tenuto conto delle normative Decreto Ministeriale 740/94, Legge 42/99, Legge 251/2000, Direttiva 2005/36/CE, si

può avvalere nel proprio esercizio professionale della ecografia office in concomitanza della visita ostetrica, quale strumento di supporto per la rilevazione dei parametri materni e fetali in gravidanza ed in travaglio di parto al fine di interpretare e valutare con tempestività e maggiore accuratezza la normale evoluzione della gravidanza e del parto. L'ostetrica/o ha il dovere di trascrivere i parametri rilevati con l'ecografia office nella cartella clinica, avendo cura di informare il medico specialista circa i risultati che deviano dalla normalità e fisiologia.

Cardiotocografia

La sentenza della Corte di Cassazione IV Penale del 29.01.2004 n.21709, attribuisce all'ostetrica/o responsabilità specifiche e dirette nell'ambito dell'applicazione e della valutazione della cardiotocografia.

Tenuto conto del fatto che:

- Il percorso formativo dell'ostetrica/o certifica l'acquisizione delle competenze e delle abilità indispensabili a comprendere l'appropriato utilizzo della cardiotocografia, ad interpretare i tracciati cardiotocografici nelle diverse situazioni cliniche della gravidanza e del travaglio di parto;
- La cardiotocografia è una metodica da utilizzare nelle situazioni cliniche a rischio di insulto ipossico per valutare la risposta fetale allo stesso e la sua applicazione appropriata presuppone conoscenze avanzate nell'ambito della fisiopatologia materno/fetale nonché dei criteri di effettuazione e di valutazione/interpretazione del tracciato cardiotocografico;

- La cardiotocografia è una metodica da eseguire sulla base di approfondite conoscenze del rischio ipossico e dei meccanismi di regolazione della frequenza cardiaca fetale;
- L'esecuzione della cardiotocografia, non può essere considerata un mero atto tecnico di posizionamento dei trasduttori cardiotocografici ma richiede esperienza nell'ambito della semeiotica clinica ostetrica per l'individuazione della posizione fetale e per la corretta individuazione del battito cardiaco fetale nei diversi livelli di complessità clinica (gemellarità, bassa epoca gestazionale, obesità materna, ecc.).

Volendo, quindi, comparare la figura dell'ostetrica con quella dell'infermiere e considerando le premesse sopra citate, l'infermiere non ha le competenze adeguate al posizionamento dei trasduttori per l'effettuazione di un tracciato cardiotocografico in nessuna condizione clinica e in alcun tipo di contesto di prestazione assistenziale, per cui ad esso non possono essere attribuite alcune responsabilità rispetto all'esecuzione della cardiotocografia anche se "addestrato" da personale sanitario qualificato.

In base a quanto detto circa l'esecuzione dell'ecografia office e della cardiotocografia risulta di facile comprensione il fatto che la figura dell'ostetrica risulta più appropriata ad accogliere le pazienti ostetriche che si recano in pronto soccorso. Il suo impiego permette la creazione di protocolli che prevedono l'auscultazione del battito cardiaco fetale e a visualizzazione del feto tramite ultrasuoni con le finalità precedentemente descritte. Questo velocizzerebbe la diagnosi permettendo di individuare precocemente situazioni cliniche di rischio.

2.10 Requisiti per l'attuazione del progetto di triage

Nell'attuazione del processo di triage deve essere garantita la disponibilità di risorse adeguate:

- **Strutturali:** la struttura in cui espletare la funzione di triage deve essere idonea a requisiti strategici. Deve essere ubicata in prossimità dell'ambulatorio per permettere l'espletamento della valutazione ostetrica nel rispetto della riservatezza del paziente e attigua alla sala d'emergenza.

Così in caso di urgenza la vicinanza alla sala emergenza consentirà un accesso tempestivo

I locali di attesa devono consentire una sorveglianza a vista di tutte le persone in attesa e possibilmente prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza

- **Umane:** l'organico deve prevedere un numero di personale ostetrico adeguato per quantità e competenza.

Oltre al personale ostetrico è necessario prevedere personale di supporto e amministrativo in base al modello organizzativo esistente.

La formazione ostetrica è indispensabile per lo svolgimento di questa attività poiché consente di definire un linguaggio comune e di implementare criteri e metodologie idonee alla valutazione della paziente. Essa si articola su tre livelli:

- *Formazione propedeutica* che può avvenire prima della formazione di base o entro 12 mesi dal suo completamento e deve prevedere almeno un corso accreditato sulle tecniche di supporto vitale di base, uno sulla gestione delle

emergenze mediche ed uno sulla gestione delle emergenze chirurgiche traumatologiche.

- *Formazione al triage* che deve avvenire attraverso la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto. Il corso deve avere una durata minima di 24 ore d'aula e prevedere attività formative atte a: acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato sulla semeiotica; acquisire capacità relazionali per la gestione delle situazioni critiche ed ansiogene; approfondire gli aspetti legati all'autonomia ed alla responsabilità professionale legandole alle problematiche legali derivanti dall'attività di triage; acquisire la metodologia di gestione del sistema qualità applicato al sistema di triage. Al termine del corso l'ostetrica eseguirà un test che certificherà il superamento dello stesso. Seguirà poi un periodo di affiancamento di un'ostetrica esperta della durata minima di 20 ore e al cui termine verrà dichiarata o meno l'idoneità di attività al triage dopodiché un periodo di tutoraggio in cui l'operatore farà da supervisore.
- *Formazione permanente* al fine di poter mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali attraverso adeguate attività da svolgersi almeno una volta ogni due anni. La formazione permanente potrà prevedere eventi formativi monotematici (es. il dolore toracico, il dolore addominale, responsabilità professionale, ecc.) oppure

approfondimenti metodologici e sulla qualità in triage così come incontri di approfondimento su casi clinici o la partecipazione ad attività di ricerca inerenti l'area di triage.

- **Tecnologiche:** riguardano soprattutto l'informatizzazione e sono fondamentali per gestire la documentazione acquisita e per la verifica delle varie fasi del processo; risultano indispensabili le linee telefoniche preferenziali interne ed esterne (con la centrale operativa del 118 e la rianimazione), gli strumenti per la rilevazione dei parametri vitali e per la diagnostica (cardiotocografo, ecografo, elettrocardiografo, ecc.), presidi e materiali per medicazioni, farmaci d'urgenza, presidi per infusioni, defibrillatore semiautomatico, presidi per la ventilazione, presidi di mobilizzazione delle pazienti (carrozze, barelle).

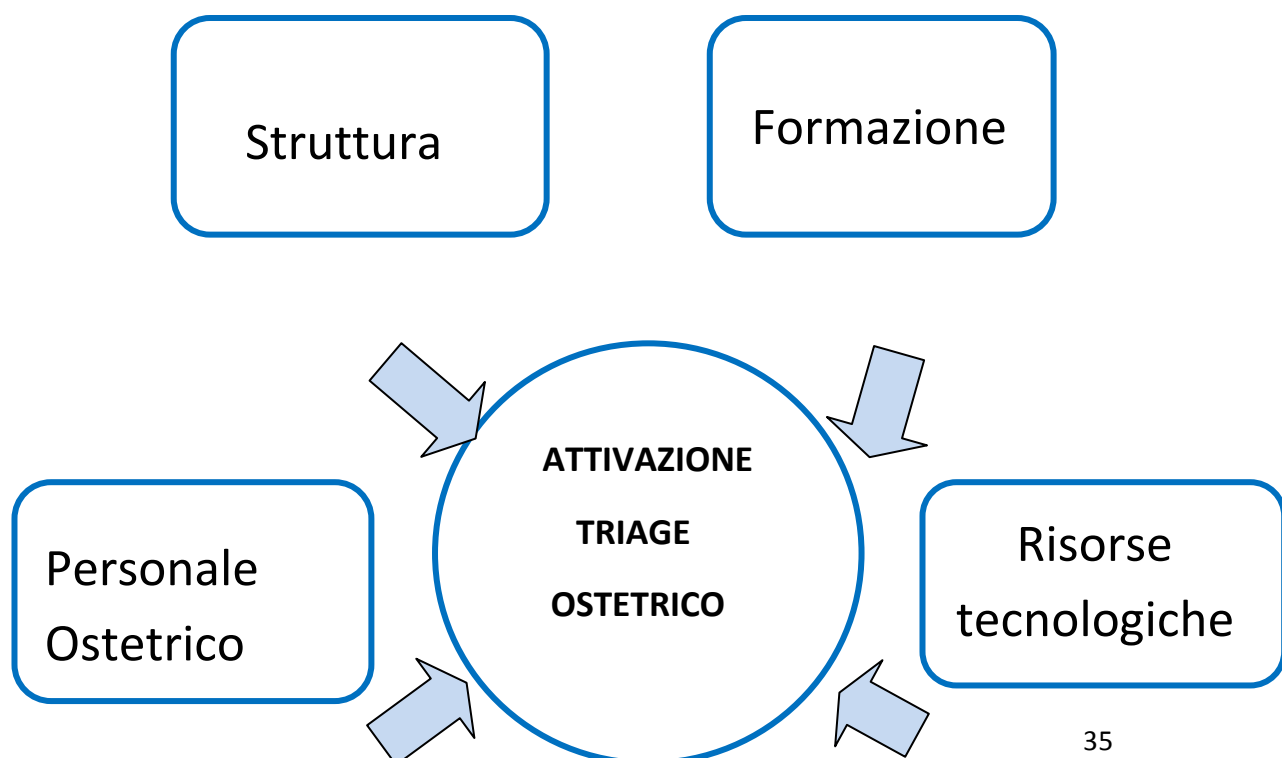


Tabella 2. Requisiti per l'attivazione del processo

All'implementazione del processo deve seguire la verifica di questa nuova metodologia in termini di efficacia ed efficienza, ovvero la valutazione della qualità del servizio offerto all'utenza. Pertanto è opportuno inserire nel progetto l'elaborazione di criteri e gli indicatori di processo per la valutazione e la verifica. I dati ottenuti durante la valutazione dovranno mostrare la congruenza tra i protocolli di riferimento e i relativi codici di priorità assegnati. Si dovranno rilevare le percentuali di sovrastima e sottostima per ogni codice di gravità e dovrà essere valutata la soddisfazione sia dell'utenza tramite questionario di gradimento, sia dei professionisti sanitari coinvolti nel processo tramite riunioni periodiche. Tramite la prima parte del modulo di accettazione sarà possibile rilevare i tempi di attesa in area di triage e valutarne la congruità con il codice colore assegnato e condurre uno studio dettagliato sui flussi dell'utenza per allocare le risorse umane e migliorare l'organizzazione del lavoro. Si rende pertanto opportuno verificare anche la corretta compilazione della cartella ostetrica.

I procedimenti di valutazione devono essere attuati periodicamente poiché le verifiche del processo esprimono il soddisfacimento dei requisiti minimi prestabiliti.

2.10.1 Sistema di verifica e qualità dell'attività di triage

Poiché ad ogni intervento sanitario sottende un continuo processo di valutazione e verifica, in un'ottica di miglioramento assistenziale, è opportuno che l'istituzione del processo di triage preveda sia criteri che

indicatori per la valutazione degli standard assistenziali di riferimento utili per la verifica dei processi. Il modello che può essere adottato è quello dell'*audit* clinico: esso possiede valore formativo in quanto educa ad un atteggiamento auto valutativo, facilitando l'aggiornamento delle conoscenze e il miglioramento della pratica, e facilita l'individuazione dei fattori chiave che condizionano la buona pratica clinica aiutando ad individuare gli elementi da monitorare nel tempo.

Il Ministero della Salute, nel 2006, ha definito l'Audit clinico come: *“Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell’assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell’impatto delle misure correttive introdotte”*. Nel processo di triage ciò che si rende indispensabile è in particolare l'audit interno ossia la revisione, sulla base di criteri espliciti, delle attività svolte da operatori interni all'organizzazione, allo scopo di esaminare e valutare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza nonché la sicurezza delle prestazioni erogate. Esso è un processo di miglioramento della qualità che porta una serie di benefici quali:

- Migliorare la pratica: produce reali benefici nella cura del paziente e nella fornitura di servizi;
- Sviluppare l'apertura al cambiamento;
- Fornire garanzie sulla qualità dell'assistenza mediante applicazione delle migliori pratiche evidence-based;
- Ascoltare i pazienti, comprendere e dare risposta alle loro aspettative;
- Sviluppare linee guida o protocolli locali;
- Ridurre al minimo errori o danni ai pazienti;
- Ridurre i reclami/risarcimenti.

L'*audit* consiste in una serie di incontri fra operatori per la discussione e l'analisi di vari casi clinici, ed in particolare quelli più frequenti, quelli complessi e quelli che si sono conclusi con complicanze gravi o inattese. L'analisi di solito è retrospettiva ed effettuata tramite l'esame delle schede di triage.

CRITERI	LOGICA CLINICA SOTTESA	STRUMENTI DI RILEVAZIONE	INDICATORI	STANDARD DI RIFERIMENTO
Tutte le pazienti afferenti alla sala triage devono essere valutate entro 5 minuti dal loro ingresso almeno con la “valutazione sulla porta”	A tutte le pazienti afferenti deve essere garantita l'individuazione immediata di problematiche che necessitano di un intervento immediato anche attraverso l'osservazione “sulla porta”.	Report Reclami Report totale di attività di triage ostetrico	Indicatori di efficienza: N° reclami per tempo di attesa prolungato al triage/N° pazienti totale afferenti	0%
La valutazione del triage deve essere effettuata con completezza	Effettuare la valutazione rilevando segni, sintomi e parametri vitali	Verbali di accesso	Indicatore di efficienza: N° pazienti con tempo di triage < di	100%

ed in tempi quanto più breve possibili	seguendo gli specifici protocolli e nei tempi stabiliti		5 minuti/N° totale pazienti afferenti	
--	--	--	---	--

<p>Le pazienti in attesa di visita dopo assegnazione del codice di priorità devono essere rivalutate entro tempi proporzionati al codice assegnato: GIALLO < 10min VERDE < 60min BIANCO<240mn</p>	<p>Evidenziare con immediatezza variazioni delle condizioni della paziente utili a modificarne il codice di priorità in base alle sue necessità d'intervento</p>	<p>Verbali di accesso</p>	<p>Indicatori di Efficienza: N° pazienti codice giallo rivalutate < 10 min/N° pazienti codice giallo</p> <p>N°pazienti codice verde rivalutate < 60 min/ N° pazienti codice verde</p>	<p>100%</p> <p>100%</p>
<p>Assicurare a pazienti e familiari adeguata informazione circa il codice assegnato ed il percorso che ne consegue cercando di creare</p>	<p>La paziente deve essere informata riguardo al significato del codice di priorità, dei tempi di attesa, e rassicurata garantendone</p>	<p>Report Reclami</p> <p>Report totale di attività di triage ostetrico</p>	<p>Indicatore di efficacia: N°reclami per carenza di informazione/ N°delle pazienti totali</p>	<p>0%</p> <p>41</p>

condizioni di serenità ed empatia	la “presa in carico” per ridurre ansia e disagio			
--	--	--	--	--

<p>La valutazione documentale della paziente al triage comprende la registrazione dei sintomi e segni rilevati</p>	<p>Il rilievo dei segni e sintomi è fondamentale per l'assegnazione del codice colore e deve essere documentato sul verbale di accettazione</p>	<p>Verbali di accettazione</p>	<p>Indicatori di Efficienza</p> <p>N°verbali con campo segni-sintomi compilato/N°di pazienti totali</p>	
<p>Le ostetriche che svolgono triage, devono partecipare, a eventi formativi relativi al trattamento della paziente in emergenza almeno entro i primi 12 mesi dall'inizio dell'attività</p>	<p>Il personale ostetrico di triage deve essere in grado di garantire il proprio immediato intervento a tutte le pazienti afferenti ed in tutte le situazioni cliniche</p>	<p>Verbale di accettazione</p>	<p>Indicatore di efficienza:</p> <p>N°ostetriche che hanno seguito corsi di emergenza/N° Ostetriche che svolgono il triage >12mesi</p>	

Tutte le pazienti in attesa devono essere rivalutate nei tempi previsti dalle linee guida al fine di stabilire eventuali evoluzioni cliniche tempestivamente	Il codice colore attribuito deve essere corretto per garantire oltre alla giusta priorità per la visita anche tempi di rivalutazione adeguati	Verbale di accettazione	Evento sentinella N°pazienti decedute o che presentano peggioramento della situazione clinica fino al peri-arresto per mancata rivalutazione al triage	0% Eventi sentinella
--	---	-------------------------	--	-------------------------

Tabella 3. Sistema di verifica e qualità adottato per il progetto “Ambulatorio di triage ostetrico-ginecologico” SSCC Ostetricia e Ginecologia PP.OO Santa Barbara e Sirai 2013

I principali risultati attesi con l’implementazione del progetto sono:

- Aumento dell’appropriatezza delle prestazioni erogate;
- Miglioramento della cultura del personale ostetrico;
- Acquisizione della consapevolezza dell’importanza del loro ruolo;
- Aumento della qualità percepita da parte dei cittadini.

3. Organizzazione di un Triage Ostetrico

Come già accennato nei precedenti capitoli, il triage è il sistema operativo del D.E.A. (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) grazie al quale sono stati migliorati i presidi di Pronto Soccorso in termini di efficienza della gestione dell'urgenza/emergenza secondo la logica del "problem solving".

Poiché non esistono gravidanza e parto senza rischio, ma solo, nei casi più favorevoli, si può parlare di basso rischio, ecco che nasce l'esigenza di istituzionalizzare il processo di triage in ambito ostetrico-ginecologico.

Anche con i migliori controlli prenatali si può verificare infatti un'emergenza che può trasformarsi in urgenza, così come l'urgenza di una situazione inizialmente fisiologica può trasformarsi in emergenza.

L'istituzione di un triage ostetrico-ginecologico nel Pronto Soccorso garantisce un maggiore standard di cure e rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriata per la precoce individuazione delle potenziali complicanze. Favorisce altresì l'identificazione delle priorità assistenziali correlate alla gravità del singolo caso.

3.1 Supporti normativi

L'attivazione di tale servizio è sicuramente supportata da:

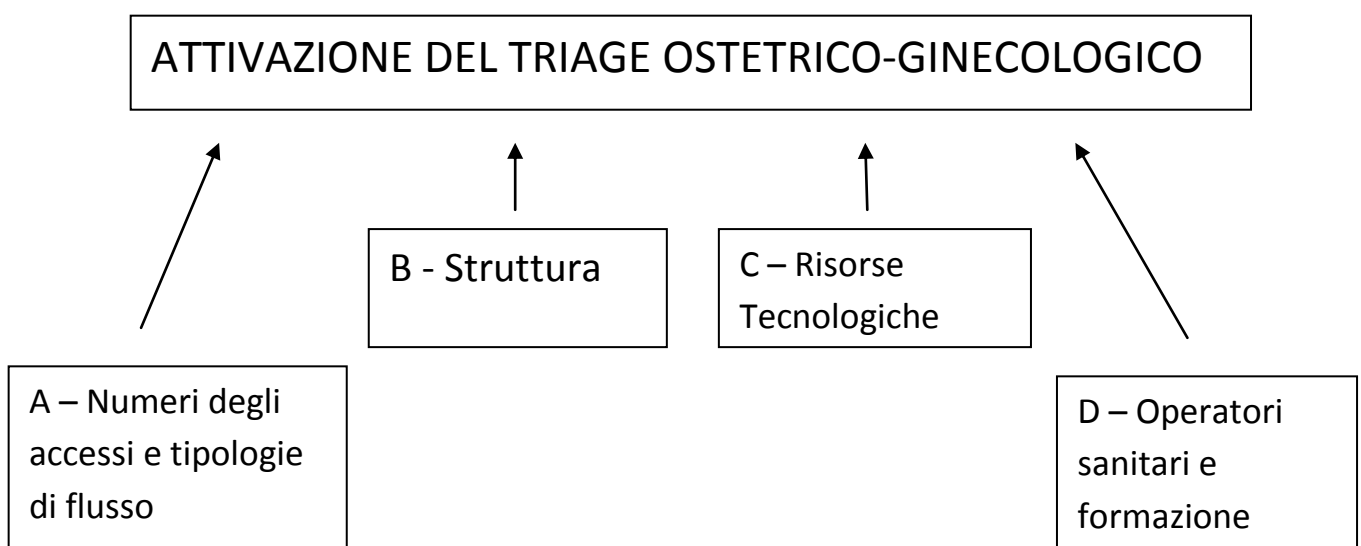
- D.P.R. 27/3/1992 e successiva approvazione sulla G.U. del 17/5/1996 che sottolinea l'importanza della "Funzione di Triage" recitando: "...come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento";
- Raccomandazione Ministeriale per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto n. 6 Marzo 2008 che indirizza l'organizzazione del triage ostetrico in modo differenziato sulla base dei livelli assistenziali ed organizzativi esistenti;
- Accordo Stato-Regioni relativo alle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" del 16 dicembre 2010 che dispone la riorganizzazione dei punti nascita e delle unità operative di pediatria/neonatologia e TIN fornendo criteri per l'individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, tra i quali quello di garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico-ginecologico h24 per i centri parti/anno superiore a 1000.

3.2 Requisiti necessari all'attivazione del Triage ostetrico-ginecologico.

In diverse aziende nazionali (Perugina, Udine, Ferrara, Ravenna, Rimini, Trieste, San Marino) con semplici modifiche strutturali e con un cambiamento della destinazione d'uso dei locali già esistenti, non soggetto neanche ad autorizzazione edilizia (art.25 della Legge n. 47/85 con conferma del T.A.R. Lombardia, Sezione di Brescia, 24 ottobre 1991 n.726) è stato istituito il triage ostetrico-ginecologico.

Per l'innovazione occorrono una svolta culturale e un'augmentata attenzione e sensibilità.

Per raggiungere lo scopo, si possono delineare le seguenti linee guida teorico-pratiche:



A – Numero degli accessi e tipologia di flusso: sono condizioni importanti ma non fondamentali per implementare il processo. Infatti, l'attivazione di un processo di triage sotto i 2000 parti all'anno è auspicabile nella grande maggioranza degli ospedali medio-piccoli per il suo significato fondamentalmente formativo e l'obiettivo di favorire una ottimale flessibilità lavorativa.

B – La struttura in cui mettere in atto la funzione di triage deve avere idonee caratteristiche microclimatiche e soprattutto strategiche. Deve essere posizionata in prossimità dell'accesso al P.S. per consentire all'Ostetrica di triage di evidenziare subito le modalità di accesso prioritarie per inquadrare una criticità. Deve inoltre essere attigua ad una sala di emergenza espressamente ed opportunamente allestita. È altrettanto fondamentale la presenza di una chiara segnaletica dell'area di triage ad una cartellonistica con corretta informazione dei principi e delle finalità del processo.

C – Le risorse tecnologiche riguardano:

- 1) L'informatizzazione, necessaria per gestire al meglio la documentazione acquisita e la verifica delle varie fasi del processo;
- 2) Le linee telefoniche preferenziali interne ed esterne (rianimazione e centrale operativa del 118);
- 3) Gli strumenti per il rilievo dei parametri vitali;
- 4) Le procedure di diagnostica;
- 5) I presidi e i materiali di medicazione;
- 6) Gli erogatori di ossigeno, del vuoto e dell'aria compressa;

D – Gli operatori sanitari e la formazione costituiscono il requisito indiscusso essendo la formazione lo strumento principale ai fini dello sviluppo culturale ed organizzativo.

Poiché ogni intervento sanitario esige un continuo processo di valutazione e di verifica per mettere in atto eventuali procedimenti migliorativi e correttivi, è opportuno che l'istituzione del processo di triage preveda contemporaneamente i criteri e gli indicatori per la valutazione e gli standard di riferimento per la verifica.

Si chiarisce che la verifica è l'accertamento della situazione di fatto e la valutazione è l'azione intenzionale che attribuisce un segno di valore.

Gli aspetti più importanti da considerare per la valutazione sono i seguenti:

1. Valutazione della soddisfazione dell'utenza e degli operatori sanitari;
2. Valutazione dell'adeguata compilazione della cartella ostetrica;
3. Congruenza tra le linee guida di riferimento per patologia (validate dal responsabile del servizio e condivise dagli operatori sanitari) e codici di priorità assegnati;
4. Rilevazione delle percentuali di sovrastima e sottostima per ogni codice di priorità;
5. Monitoraggio dei reclami e degli eventi critici;
6. Analisi della privacy;
7. Rilevazione dei tempi di attesa in area di triage.

La valutazione della soddisfazione dell'utenza dovrebbe essere fatta sempre tramite "questionari" di gradimento che documentino la percezione del servizio reso all'utenza stessa. Inoltre, riunioni

periodiche di gruppo di tutti gli operatori del P.S. dovrebbero accertare la gratificazione ed il compiacimento degli stessi nell'esplicitamento del processo.

La cartella ostetrica è premessa e supporto alla prestazione medica, in quanto individua il livello di criticità e definisce il problema principale. Poiché in genere il processo è informatizzato, l'ostetrica triagista può essere in grado di visualizzare sul display il problema principale e tutte le informazioni importanti per un inquadramento ottimale della patologia giunta alla sua osservazione.

La congruenza tra codice assegnato per patologia e linee guida di riferimento rimane un fondamentale indicatore di qualità del processo.

Per raggiungere una valida congruenza in tal senso è necessario, oltre allo scrupoloso riferimento a linee guida concordate, un periodo di rodaggio ed una opportuna interazione Medico-Ostetrica/o.

Per quanto riguarda l'analisi delle percentuali di sovrastima e di sottostima per codici di priorità, è ottimale non sottostimare assolutamente i codici critici. È accettabile, all'inizio dell'implementazione anche una sovrastima del 20% dei codici rossi e dei codici gialli, ma la sottostima non dovrebbe mai oltrepassare un valore del 2%.

Il monitoraggio dei reclami e degli eventi critici costituisce un importante aspetto valutativo, dato l'alto impatto assistenziale del servizio di P.S. e la potenziale conflittualità tra operatori sanitari ed utenza.

Infatti, premessa fondamentale per un buon esito delle cure, è una corretta impostazione del rapporto operatore sanitario/paziente,

finalizzata soprattutto a rendere partecipe e consapevole l'utente delle varie fasi del percorso assistenziale.

Anche il rispetto della privacy deve essere costantemente osservato, soprattutto perché l'Ostetrica/o di triage rileva non solo i dati personali, ma effettua anche una indagine anamnestica in un ambiente spesso non molto "riservato".

La patologia femminile investe una sfera essenzialmente privata della donna, notevolmente complicata da aspetti affettivi ed emozionali. Spesso si entra in un campo di profonda intimità della quale la donna desidera, sì parlare, ma in maniera confidenziale e privata e non nel contesto di una sala d'aspetto di Pronto Soccorso.

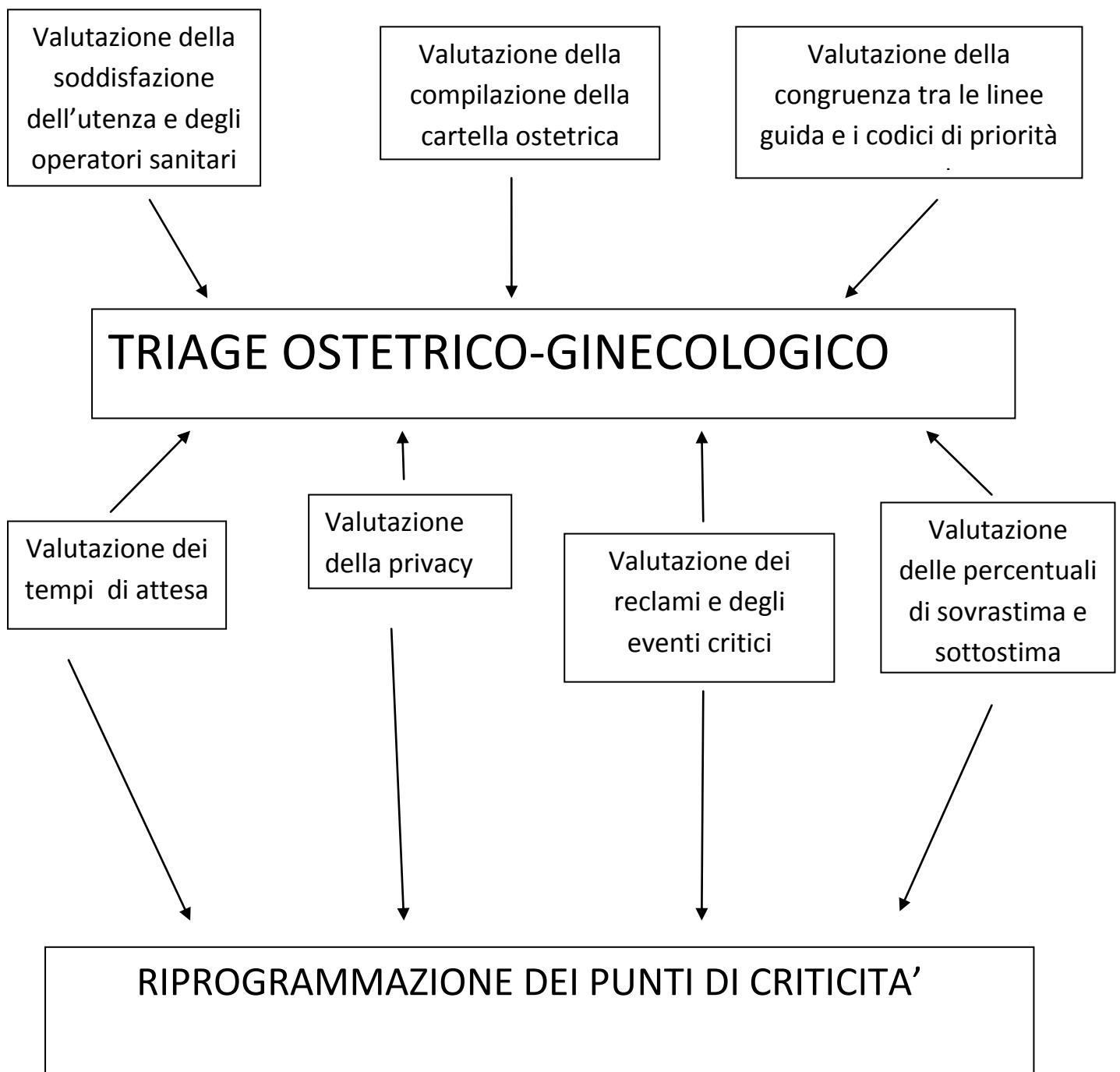
Il colloquio deve pertanto avvenire in maniera discreta, rassicurante, con molta naturalezza, tenendo presente che possono esistere pudori particolari soprattutto nelle donne nubili, in pazienti anziane che da anni non presentano problemi della sfera genitale o in giovani e/o adolescenti che vogliono nascondere il più possibile la loro vita sessuale.

Infine, è importante la rilevazione del tempo di attesa in area di triage: tale valore può essere dedotto dal tempo intercorso tra il momento di inizio del triage (praticamente subito, all'accesso o nell'ambito di 2-3 minuti) ed il momento in cui inizia la prestazione medica vera e propria.

Tra i principali obiettivi del triage, vi è quello della riduzione dei tempi di attesa nei casi più gravi.

Per monitorare questo aspetto, è necessaria l'analisi sistematica del tempo di attesa in area di triage, che deve essere sempre registrata nel modulo di pronto soccorso da consegnare all'utenza.

La registrazione del tempo di attesa deve essere differenziata a seconda del codice di priorità applicato ed a seconda del giorno della settimana. Questa rilevazione è indispensabile: oltre ad avere un valore medico-legale, relazionando i tempi di attesa ai codici di priorità, alle diverse fasce orarie e ai giorni della settimana, contribuisce a studiare in dettaglio i flussi dell'utenza, per utilizzare in maniera proficua le risorse umane e quindi, per migliorare l'organizzazione del lavoro.



3.3 L'esperienza della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico “San Matteo di Pavia”: un esempio da seguire.

Nel settembre 2009 presso la Fondazione I.R.C.S.S. Policlinico “San Matteo di Pavia” è stato attivato il pronto soccorso ostetrico-ginecologico all'interno della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia.

Il progetto ha previsto l'implementazione della funzione di triage ostetrico-ginecologico con percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali definiti in collaborazione con il D.E.A..

L'obiettivo generale è stato quello di osservare e descrivere le prestazioni sanitarie erogate al fine di monitorare la qualità del servizio ad 1 anno dalla sua attivazione. In particolare le statistiche presentano le caratteristiche della totalità degli utenti e delle visite erogate dal 01.01.2010 al 31.12.2010.

Gli obiettivi specifici sono stati:

1. *Caratteristiche delle utenti e delle modalità di accesso:* numero ingressi per fasce d'età; numero ingressi per modalità d'accesso, numero ingressi suddivisi per fasce orarie, numero ingressi per patologia riferita, caratteristica delle prestazioni erogate.
2. *Caratteristiche della priorità del triage (assegnata dall'Ostetrica/o) e della priorità di dimissione (assegnata dal Medico-Ginecologo):* numero ingressi per priorità di triage, numero ingressi per priorità di dimissione, caratteristiche dell'esito della visita;

3. *Correttezza nella compilazione della scheda di triage/dimissione e carattere della codifica (sovrastima/sottostima):* numero schede di triage compilate correttamente, carattere della codifica.
4. *Analisi degli indicatori per valutare l'attività del pronto soccorso ostetrico-ginecologico in termini di accessibilità e appropriatezza:*
 - Indicatore di accessibilità: tempo di attesa alla visita medica (minuti medi) in pronto soccorso per codice di triage;
 - Indicatore di appropriatezza della domanda: quota di accessi a rischio di inappropriatezza.

3.3.1 Materiali e Metodi

Lo strumento utilizzato è stato un data base informatico, che è parte integrante del software applicativo “Programma Piesse” in uso presso la Fondazione “San Matteo” di Pavia, che ha reso possibile la registrazione e la gestione informatica dell'afflusso dell'utenza dal suo accesso in pronto soccorso fino alla sua dimissione/ricovero.

Lo studio è di tipo osservazionale, descrittivo-comparativo.

Il campione ha incluso l'intera popolazione che ha avuto accesso al servizio di pronto soccorso ostetrico-ginecologico della Fondazione I.R.C.S.S. Policlinico “San Matteo” di Pavia.

Il tempo dell'osservazione ha preso in considerazione il periodo che si estende dal 01.01.2010 al 31.12.2010, dalle h. 07.00 alle h. 21.00 dal lunedì alla domenica (H 12).

3.3.2 Risultati

Data l'indisponibilità del servizio del "triage notturno" dalle h. 21.00 alle h. 07.00 dal lunedì alla domenica (non attivo) nei risultati compare la categoria "Nessun dato" (con un valore medio del 22,41%).

In questo caso, il programma informatico "Piesse", ha rilevato l'accesso del paziente ed il suo percorso assistenziale, senza la fase di triage effettuata dall'Ostetrica, segnalando tale evento con la voce "Nessun dato".

1. Caratteristiche delle utenti e modalità di accesso:

- La fascia d'età delle utenti che accedono al servizio più frequentemente è quella tra i 31 ed i 40 anni per il 44,32%.

Fasce d'età	Numero ingressi	%
21-30 anni	2781	37,54%
31-40 anni	3283	44,32%

41-50 anni	654	8,83%
51-60 anni	131	1,77%
61-70 anni	60	0,80%
71-80 anni	56	0,76%
81-90 anni	29	0,39%
< 20 anni	410	5,54%
>90 anni	4	0,05%
Totale	7408	

Tabella I. Ingressi per fasce d'età

- La modalità d'accesso delle utenti al servizio più frequentemente è la venuta spontanea per il 74,92%; il 22,41% è "Nessun Dato" in quanto riferibile alla fase notturna prive del servizio di triage ostetrico. (Figura 1)
- I dati risultano comunque sottostimati in quanto, parte dei trasferimenti delle pazienti provenienti da altri punti nascita per gravidanza a rischio (es. Minaccia Parto Pretermine) non vengono registrati come accessi di pronto soccorso ma direttamente ricoverate in regime d'urgenza, previo accordi telefonici con il medico di guardia.

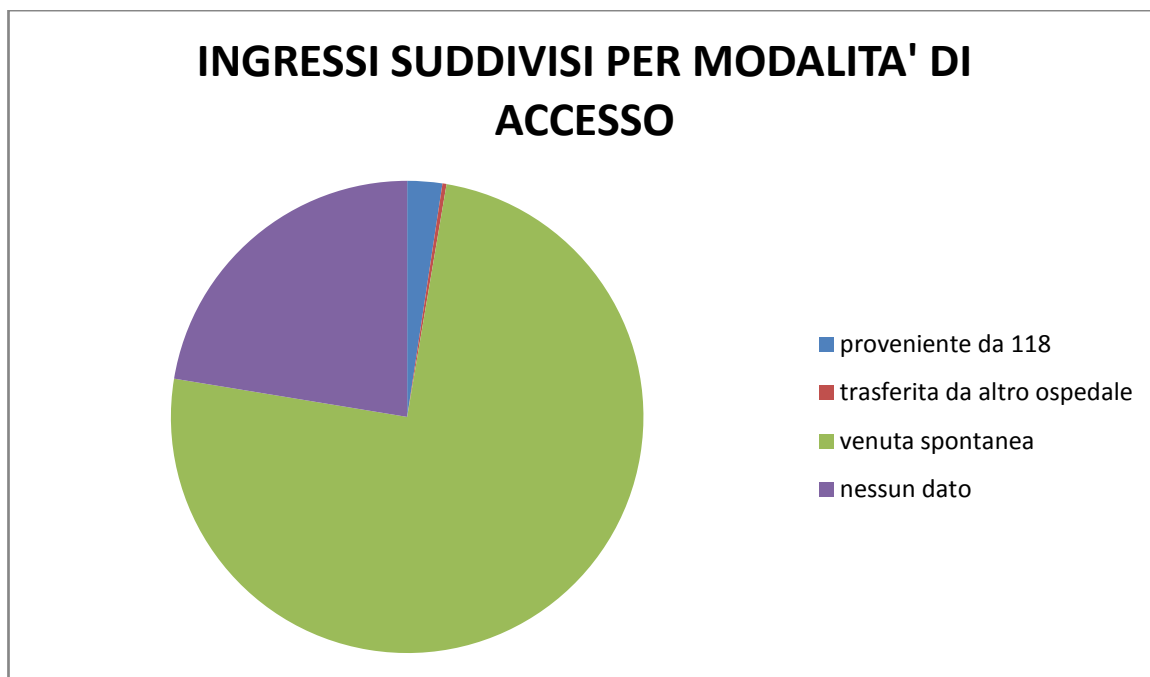


Figura 1.

- Gli ingressi al servizio sono distribuiti prevalentemente nella fascia oraria del mattino dalle h. 8.00 alle h. 14.00 con una percentuale del 38,65%. Nella fascia oraria dalle h. 14.00 alle h.20.00 la percentuale registrata è del 35,1%.

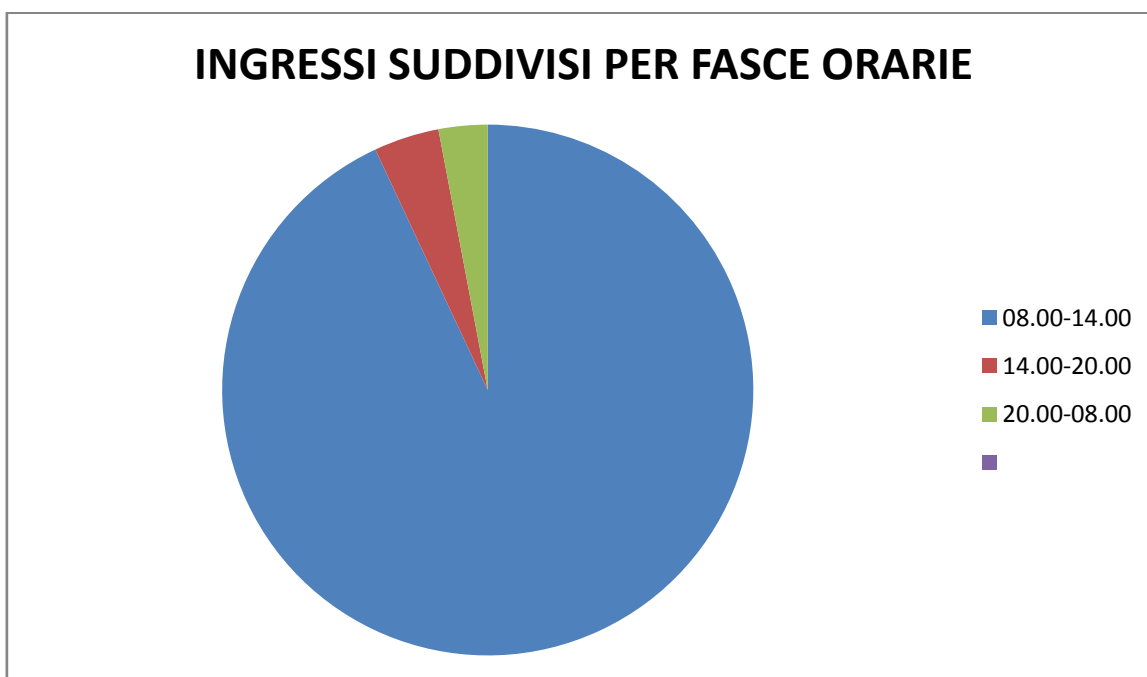


Figura 2

La percentuale di utenti durante la fascia oraria notturna (26,25%) giustificerebbe l'indicazione ad estendere il triage ostetrico anche al turno notturno andando a coprire così le 24 ore come da raccomandazioni;

- Le patologie per cui le utenti accedono più frequentemente al Servizio sono:

tipologia	PATOLOGIA	NUMERO INGRESSI	%
	Nessun dato	2081	37,81
ost	Contrazioni uterine	806	10,88
ost	Sanguinamento<22w	707	9,54
gin	Perdita ematica	520	7,02
ost	Dolore addominale	493	6,65
gin	Dolore pelvico	462	6,24
gin	Dol/bruc urin/vulvov	361	4,87
ost	Perdite non ematiche	279	3,77
gin	Contrac post coitale	191	2,58
ost	Sanguinamento>23w	144	1,94
ost	MAF ridotti o non percepiti	99	1,34

Tabella II. Ingressi per patologia.

In questa tabella la categoria “Nessun dato” ha un valore più elevato rispetto a quello presentato nelle altre tabelle in quanto contempla sia la fascia oraria notturna in cui si perde il dato, sia la mancata compilazione del campo “Patologia” da parte dell’ostetrica che effettua il triage a causa dell’incompletezza delle patologie inserite all’interno del software informatico.

A seguire con percentuali più bassi vi sono nella donna gravida: nausea e vomito, dolore lombo-sacrale, ipertensione arteriosa, mancata visualizzazione del battito cardiaco fetale rilevato presso altra struttura o medico curante, cefalea ed altro.

➤ Le prestazioni sanitarie erogate sono state:

PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE	NUMERO	%
Visite gin/ost	7311	58,4
Eco ostetrica	2008	16,04
Cardiotocografia	1854	14,81
Eco Transvaginale	785	6,27
Eco ginecologica	520	4,15
Prelievi venosi	21	0,16
Prelievi microbiologici	10	0,08
Rimozione IUD	4	0,03
Totale	12.513	

Tabella III. Prestazioni sanitarie erogate

2. Caratteristiche della priorità di triage (assegnata dall'Ostetrica/o) e della priorità di dimissione (assegnata dal Medico Ginecologo):

- La priorità del triage assegnata dall'Ostetrica/o è stata più frequentemente attribuita al codice verde con il 45,9%, seguita dal codice bianco con il 30,8% e infine il codice giallo con l' 0,8%.

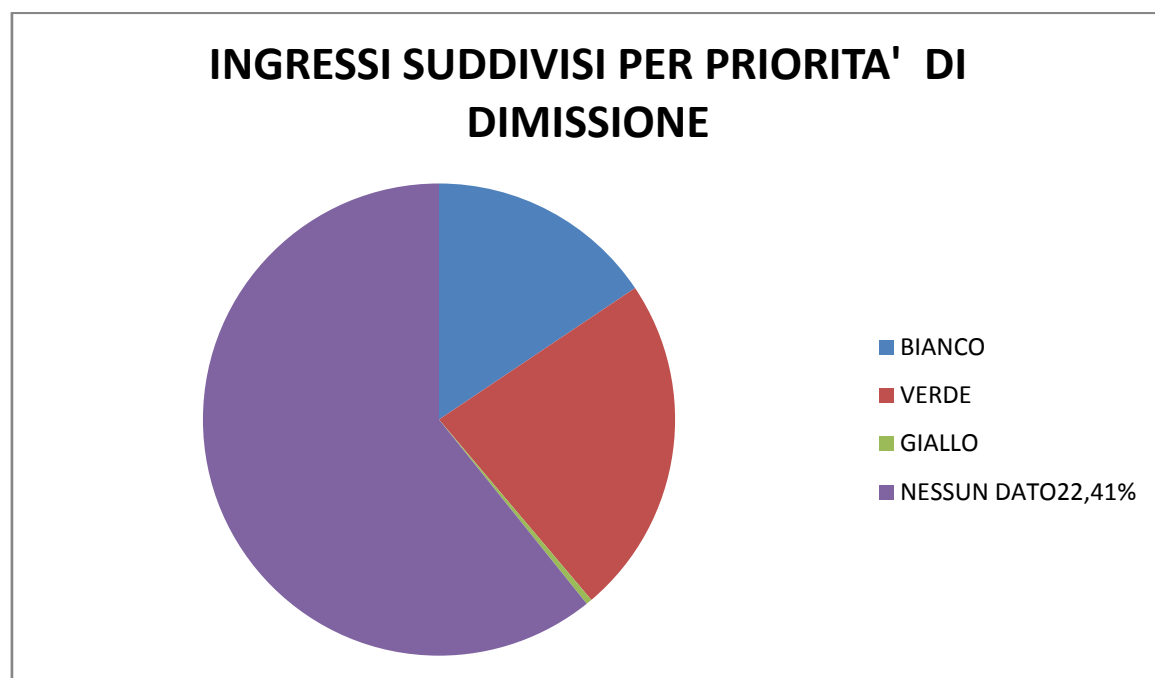


Figura 3.

- L'esito delle visite mediche eseguite alle utenti che accedono al servizio è stato più frequentemente "dimesso" per il 79,94%, invece "ricoverato" per il 17,21%; lo 0,7% degli utenti si è

“allontanato prima della conclusione”; l’0,5% e l’ 0,03% sono state rispettivamente le utenti che hanno rifiutato un ricovero e quelle che sono state trasferite. L’1,62% esprime la percentuale “senza esito”.

ESITO VISITE MEDICHE	NUMERO INGRESSI	%
Dimesso	5922	79,94
Ricoverato	1275	17,21
Rifiuta il ricovero	37	0,5
Si allontana prima della conclusione	52	0,7
Trasferito	2	0,03
Nessun esito	120	1,62
Totale	7408	

Tabella IV. Esito visite mediche.

3. Correttezza nella compilazione della scheda di triage e
 carattere della codifica (sovrastima/sottostima):

COMPILAZIONE SCHEDE	NUMERO SCHEDE	%
Compilate correttamente	5628	75,97
Non compilate alla dimissione	120	1,67
Non compilate al triage*	1660	22,41
totale	7408	

*per indisponibilità del dato notturno

Tabella V. Scheda triage compilate correttamente.

- Il carattere della codifica maggiore è stato “corretta stima” del codice di priorità assegnato al momento del triage con il 68,85% dei casi; una sottostima si è verificata nel 18,94% dei casi ed una sovrastima nel 12,21% dei casi.

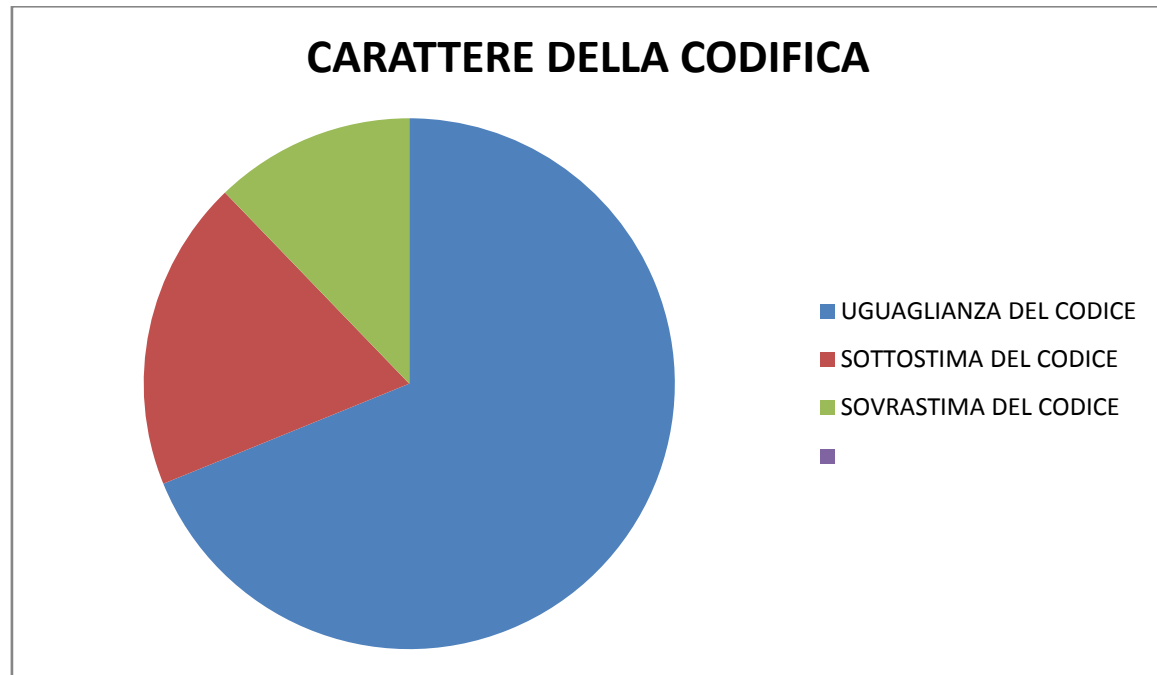


Figura 4.

4. Indicatori di accessibilità e appropriatezza:

- I tempi attesa riportati nella Tabella VI sono stati confrontati con i tempi medi di attesa (in minuti) secondo lo standard di riferimento delle “Linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente “Triage intra-ospedaliero (valutazione gravità all’ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza –urgenza sanitaria” in analogia con i criteri definiti dal DM 15.05.92 (par.21 “Definizione della criticità dell’evento”):

Codice colore	Tempi medi Linee-guida	Tempi medi Fondazione	Differenza
Codice Giallo:	accesso entro 10-15min	37 minuti	Ritardo di 22min
Codice Verde:	accesso entro 30-60min	48 minuti	Entro i termini
Codice Bianco:	accesso entro 60-120min	58 minuti	Entro i termini

Tabella VI.

Il ritardo evidenziato al “Codice Giallo” è da attribuire al fatto che, il più delle volte, nelle pazienti gravide con un’epoca gestazionale superiore alla 24 settimana viene eseguito il monitoraggio cardiotocografico della durata da 20 minuti a 1ora indispensabile alla completezza della visita medica.

Infine a completamento di quanto registrato si presenta la tabella dei ricoveri “brevis” (1 o 2gg), con esclusione dei DRG riferibili all’evento parto, effettuati negli anni 2009 (antecedente all’implementazione triage ostetrico) e 2010 (istituzione triage ostetrico):

anno	Ricoveri “brevi” (1o 2gg) con esclusione del DRG-parto	di cui in regime di “urgenza”
2009	92	75
2010	122	88

3.3.3 Discussione

Lo studio ha permesso di monitorare la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni erogate nel servizio di pronto soccorso ostetrico-ginecologico della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia nell’anno 2010 con 7408 accessi totali.

I dati hanno indicato che l’ “utente tipo” ha le seguenti caratteristiche:

- è una donna di età compresa tra i 31-40 anni (44, 32%);
- che si presenta spontaneamente (74,92%);
- più frequentemente nella fascia oraria dalle h.08.00 alle h.14.00 (38,65%);
- per l’insorgenza di “contrazioni uterine” (10,88%);
- a cui, più frequentemente, viene erogata la visita ostetrica/ginecologica (58,40%).

I risultati hanno dimostrato che il tempo medio di attesa della visita medica è stato rispettato per due codici (verde e bianco) su tre e solo l’0,7% delle utenti

ha abbandonato il servizio prima della chiusura della visita, s dimostrazione del miglioramento della gestione del flusso dei pazienti rispetto alle unità dove si effettuano cure con modalità tradizionali.

Infatti confrontando il numero dei ricoveri cosiddetti “brevi” (di 1 o 2 giornate) con DRG non riferibile all’evento parto in regime di urgenza avvenuti negli anni 2009 (antecedenti all’implementazione triage ostetrico) e 2010 (istituzione triage ostetrico) , emerge che, a fronte di un aumentato numero di ricoveri, 92 nel 2009 e 122 nel 2010, il numero di quelli ricoverati in regime di urgenza è rimasto contenuto: 75 nel 2009 e 88 nel 2010.

I pazienti più acuti sono stati riconosciuti più velocemente e curati in modo più efficiente incrementando la tempestività di cura: tanto è vero che non si è verificato alcun evento sentinella nell’anno considerato nello studio.

L’esito delle visite mediche degli utenti che accedono al servizio di pronto soccorso ostetrico-ginecologico più frequentemente è stato “dimesso”(74,94%). Questo risultato dimostra come il triage ostetrico ben organizzato possa ridurre il numero dei ricoveri impropri.

La valutazione del profilo di rischio della donna è stata effettuata sulla base di criteri definiti e condivisi da tutta l’équipe assistenziale; infatti, il carattere della codifica maggiore è stata la “corretta stima” del codice di priorità assegnato dall’ostetrica al momento del triage (68,85% dei casi).

Il servizio ha permesso di minimizzare gli interventi medici in quanto parte del lavoro è stato effettuato in autonomia dal personale ostetrico esperto ed adeguatamente addestrato.

La mancata registrazione del codice rosso è da attribuire all’urgenza dell’intervento stesso, che ha visto gli operatori impegnati nell’assistenza immediata alla paziente e l’accesso direttamente registrato in regime di ricovero d’urgenza. Sarebbe auspicabile eseguire un audit clinico periodico al

fine di determinare la disponibilità anche di questo dato per la valutazione finale della qualità e dell'appropriatezza di tutte le prestazioni erogate.

In ultimo la patologia ostetrica codificata più frequentemente su 7408 accessi è stata “Nessun dato” in 2081 casi (37,81%), influenzato sia dall'assenza del servizio di “triage ostetrico notturno” sia dal data base incompleto delle patologie ostetrico-ginecologiche all'interno del software informatico implementato.

Dall'analisi dei dati risulta evidente che la funzione di *triage ostetrico* debba essere migliorata:

- nella riduzione della percentuale della sottostima del codice colore attribuito dall'ostetrica/o;
- nell'estensione del servizio H24 secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali.

In ultimo un buon servizio di triage ostetrico aumenta l'efficienza nell'utilizzo del personale e delle risorse a disposizione, diminuendo i tempi di attesa nonché i trasferimenti dei pazienti: lo spreco di finanze, personale, servizi ambientali e di altre preziose risorse ospedaliere possono essere enormi quando le donne che non travagliano occupano posti di sale travaglio nelle sale parto.

In conclusione questo studio ha dimostrato una gestione più razionale delle pazienti che si sono presentate al servizio di Triage Ostetrico-Ginecologico dall'inizio della sua apertura rispetto alle unità dove si effettuano cure con le modalità tradizionali.

4. Conclusioni

In conclusione, il triage è un processo decisionale, basato su processo metodologico scientifico, che permette di stabilire la priorità di accesso alla visita nell'ambito dei Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEU), la cui finalità non è quella di ridurre i tempi di attesa ma di ridistribuirli a vantaggio dei pazienti più critici grazie ad un sistema di codici di gravità/priorità.

Come abbiamo visto le emergenze ostetriche nel loro complesso sono caratterizzate da un'insorgenza improvvisa ed in molti casi imprevedibile. Anche se per le singole patologie sono stati individuati dei fattori di rischio, questi generalmente non hanno un'alta predittività per cui non sempre possono essere sfruttati utilmente allo scopo di attuare trattamenti preventivi. Si rende quindi necessario porre una diagnosi il più rapidamente possibile dal momento in cui l'urgenza si manifesta e questo ci riporta a quanto detto inizialmente sull'esigenza di strutturare i punti nascita come un vero e proprio pronto soccorso indifferentemente dalla distinzione in 1°, 2°, 3° livello delle strutture.

In un pronto soccorso ostetrico-ginecologico gli strumenti fondamentali per raggiungere questo scopo sono la valorizzazione dell'ostetrica/o triagista e la formazione dell'équipe operativa nell'emergenza-urgenza.

L'ostetrica triagista accoglie le donne, valuta le loro condizioni, opera secondo protocolli stabiliti, assegna un codice di priorità. Un utilizzo improprio del pronto soccorso ostetrico e ginecologico può essere conseguente ad una non corretta valutazione dei codici associati ad un particolare caso. Dunque la capacità di assegnazione dei codici-colore è un aspetto di qualità che caratterizza in particolare il triage e più in generale (insieme ad altri aspetti come l'efficienza e l'efficacia) la qualità del DEA.

L'ostetrica ha il dovere giuridico di formulare una diagnosi e la responsabilità di gestire l'emergenza anche in assenza del medico. Nel processo diagnostico l'ostetrica/o identifica nella persona, osservata nella sua globalità, i bisogni e i problemi di salute della sfera fisica, psico-emotiva e sociale, che possono riguardare l'ambito ostetrico, ginecologico e neonatale correlandoli a situazioni potenzialmente patologiche.

L'ostetrica quindi, avvalendosi delle conoscenze scientifiche, dell'esperienza, di tecniche e strumenti sanitari che gestisce in modo autonomo e responsabile, può formulare una diagnosi e possiede la professionalità per assistere con competenza la donna e il bambino in caso di emergenza, fino all'intervento del medico.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

[1] Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, Linee di indirizzo per l'attività di triage in pronto soccorso, *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, N. 29, 2012, pp.44-53.

[2] Rabacchi G., e altri, Triage ostetrico-ginecologico: un modello organizzativo e funzionale, *L'ospedale. Trimestrale di igiene, tecnologia, management degli ospedali e dei servizi sanitari territoriali*, N. 2, 2007, pp.34-45.

[3] AEFEE-AggiornaMenti InFormazione, *Triage Ospedaliero*.

[4] Amati G., *Corso di formazione permanente di triage in pronto soccorso*, 2002.

[5] Ministero della Salute, *Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto*, 2006.

[6] Ministero della Salute, *L'audit clinico*, 2011.

[7] Guana M., e altri. *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*, McGraw-Hill, Milano, 2006.

[8] Guana M., Lucchini F., *Arte e scienza della midwifery. L'ostetrica oggi*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1996.

[9]Turi A., Tranquilli A.L., Triage e computerizzazione di un pronto soccorso ostetrico-ginecologico. "Triage del Taglio Cesareo", Riv. It. Ost. Gin., Vol. 13, 2007, pp.II-X.

[10] Morabito E., Coccini G., *Triage ostetrico in Pronto Soccorso: studio osservazionale descrittivo-comparativo effettuato presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico "San Matteo" di Pavia.*

[11] Berti M.C., *Manuale di Formazione Triage*, in:

http://www.118er.it/gecav/upload/formazione/Manuale_Triage1.pdf

[12] CIAO-Club Italiano Anestesisti Ostetrici, *Il triage ostetrico*, in:

http://www.clubitalianoanestesistiostetrici.it/doc/triage_ostetrico.pdf

[13] Ronsivalle M, *Il triage ostetrico-ginecologico*, in:

<http://www.iltuoprogettonascita.it/Approfondimenti/Iltrriage-ostetrico.ginecologico>

[14] Statiuniti.cc, Assistenza sanitaria negli Stati Uniti, in:

<http://www.statiuniti.cc/assistenza-sanitaria-negli-stati-uniti.html>

[15] <http://www.triage.it>

[16] <http://www.fnco.it>

Ringraziamenti

Lieta di essere giunta alla conclusione di questo percorso “magistrale”, non posso esimermi dal ringraziare coloro i quali mi hanno aiutata, supportata e sostenuta.

In primis ringrazio il caro Professor Nicola Cappelli e la mia cara relatrice Dr.ssa Elisabetta Donati, che a distanza di qualche anno dal conseguimento del titolo di laurea triennale, continuano ad essere un prezioso punto di riferimento e di supporto per il mio iter universitario, e, sono felice oggi di conseguire il titolo di laurea magistrale in loro presenza.

Le mie “fan-tastiche” compagne di studio Arianna, Giulia e Stefania..una vera e propria équipe di “project work”!

Grazie Bimbe..oggi, dopo due anni di impegno, non pochi sacrifici e smontanti notte passati in aula saremo ripagate e soddisfatte di noi!

In particolare, sono felice di condividere, dopo la laurea triennale anche la laurea magistrale, con la mia compagna di studi, nonché collega di lavoro ma soprattutto grande amica Arianna..in dolce attesa!

Inoltre non posso non citare la mia famiglia e la mia bellissima nipotina Emi che mi riempie il cuore di gioia con la sua presenza.

Come conclusi i ringraziamenti della tesi della laurea triennale “conscia che gli esami non finiscono mai..” oggi posso solo dire di essere fiera di me!

Pisa, 30 settembre 2014

