

Silvia Alparone

Giornalista

Il nucleo assistenziale avanzato, sperimentazione a Foggia

Un modello alternativo di triage con il medico all'inizio del percorso

Dal primo ottobre è iniziata, nell'azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Foggia, la sperimentazione di un nuovo percorso assistenziale per la gestione dei casi di pronto soccorso, con particolare attenzione al sistema di accoglienza.

La sperimentazione, come emerge dai dati fino ad ora raccolti, ha permesso di ridurre drasticamente l'attesa in emergenza, soprattutto per quanto riguarda i codici gialli, che è passata da una media di circa due ore a dieci minuti al massimo. Il modello di percorso di accoglienza attivo a Foggia si propone quindi potenzialmente come una via per arginare il fenomeno dell'*overcrowding*. Perno del modello è il trasferimento del medico di emergenza-urgenza all'inizio invece che alla fine del percorso.

Più dettagliatamente, al sistema classico di triage è stato sostituito un sistema basato sul Nucleo Assistenziale Avanzato, con un medico team leader, una task force di tre infermieri e sala d'attesa trasformata in open area di trattamento con dieci poltrone prelievo per *early bedding*, e strumentazione necessaria. L'area accoglienza è stata organizzata in tre zone funzionali: i codici rossi accedono direttamente in una shock room, i codici bianchi e i codici verdi che non necessitano di stabilizzazione accedono nell'area riservata ai codici minori, mentre i codici gialli e i codici verdi che hanno bisogno di stabilizzazione terapeutica vengono trattenuti nella sala del Nucleo Assistenziale Avanzato e qui avviati al primo approccio diagnostico/terapeutico. Se il problema viene risolto prima dell'ingresso nei locali di visita, il paziente viene direttamente dimesso dal medico team leader, se emerge invece la necessità di proseguire il trattamento del caso, o se bisogna procedere in osservazione, il paziente viene trasferito, appena ce ne sia la possibilità, nei locali del PS, dell'osservazione breve, o della medicina d'urgenza. Il medico team leader dispone anche di una saletta riservata con due letti ed un ecografo multidisciplinare per eventuali manovre diagnostico/terapeutiche che richiedano maggiore privacy.

"Questo modello di percorso assistenziale – spiega Vito Procacci, direttore della struttura complessa di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza degli OORR - non è la negazione del triage ma un modello di ottimizzazione basato su un'ottica di lavoro di équipe, una perfetta integrazione tra la professione medica e quella infermieristica, capaci di arricchire entrambe attraverso un clima di confronto e collaborazione costruttiva".

Nel complesso, dai dati preliminari raccolti nel corso di audit mensili, emerge, oltre al calo progressivo dei tempi di attesa di cui si è già detto, un aumento dei tempi di permanenza dei pazienti nel pronto soccorso (dovuto probabilmente, secondo i promotori, al fatto che il nuovo sistema ha permesso un maggior utilizzo della Osservazione breve e Medicina d'Urgenza) e una drastica riduzione delle percentuali di abbandono senza presa in visita, elementi le cui dinamiche devono essere accuratamente indagati.

Sperimentazioni simili sono in corso anche in altri pronto soccorso italiani, fra cui quello dell'Ausl di Forlì diretto da Andrea Fabbri, e quello del Policlinico San Matteo di Pavia, guidato da Maria Antonietta Bressan, con la cura particolare di Giovanni Evangelisti.

Inoltre sul tema, durante l'ultimo congresso di Rimini, si è concentrato l'intervento di Paul Jarvis, consulente per la medicina di emergenza presso la Calderdale and Huddersfield NHS Foundation Trust in West Yorkshire in Gran Bretagna, che ha raccontato un'esperienza molto simile a quella dell'ospedale foggiano nel suo intervento "The pulse in ED-matching capacity (staff) with demand (patients) in the Emergency Department" di venerdì 19 ottobre nel corso dell'incontro su "L'organizzazione e il management dei flussi: l'esperienza del Visual Hospital".