

Triage di Corridoio (Tri-Co): strumento utile per migliorare la qualità dell'assistenza

Triage in the Corridor (Tri-Co): a useful tool for improving the quality of care

G. Mathieu *

Presidente Nazionale FADOI

L'affollamento degli ospedali (*overcrowding*) che in questi anni si è venuto a determinare in moltissime realtà sanitarie italiane, per via di molteplici cause (ma soprattutto in virtù di una progressiva diminuzione del numero di posti letto di degenza ordinaria senza una contestuale attivazione di servizi efficienti sul territorio, ovvero senza l'individuazione di possibili risposte alternative all'ospedale per soddisfare i bisogni reali dei cittadini), ha prodotto serie difficoltà operative, spesso fonte di disservizi e diseconomie e di rischi oggettivi per il malato acuto che accede ai Dipartimenti di Emergenza con la necessità di un ricovero urgente. I dati della letteratura scientifica documentano come questo fenomeno di affollamento e di saturazione dei posti letto in ospedale costituisca un significativo fattore di rischio di aumento della mortalità intraospedaliera e di un prolungamento della durata della degenza [1-3].

Uno dei problemi più rilevanti, anche in termini di potenziale induzione di outcome sfavorevoli, è quello di trovarsi costretti, per mancanza di posti letto disponibili, ad allocare malati acuti instabili in strutture di ricovero che non presentano quelle caratteristiche – in termini di personale, attrezzature e risorse – indispensabili per offrire un setting assistenziale coerente con i problemi clinici che ci si trova ad affrontare. In una logica di qualità e di eccellenza, quando il grado di instabilità clinica del malato risulta assai elevato, occorrerebbe prevedere, fin dal momento della sua ammissione in ospedale, la sistemazione in una realtà assistenziale che nel concreto consenta l'erogazione di un percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale adeguato al tipo di malattia riscontrata, coerente con le condizioni cliniche in atto, coordinato e integrato nei vari momenti in cui esso si articola, secondo una logica di continuità.

Tuttavia la carenza cronica, talora drammatica in alcune realtà sanitarie, di posti letto nell'area medico-internistica

determina con notevole frequenza la necessità di dover ricoverare in regime di urgenza pazienti affetti da problematiche cliniche di tipo medico-internistico facendo ricorso a una sistemazione provvisoria, con caratteristiche di assoluta precarietà, in reparti a indirizzo chirurgico (reparti che, al contrario, presentano spesso indici di occupazione dei posti letto ai limiti inferiori o addirittura sotto gli standard nazionali, così come previsto dalla normativa vigente). Questo fenomeno è definito come ricovero di "paziente in appoggio" (*outlier*) presso un reparto di non specifica competenza, ma sotto la responsabilità clinica del medico ospedaliero della disciplina di riferimento rispetto alla patologia riscontrata.

È a dir poco paradossale il riscontro diffuso nella realtà italiana di modelli organizzativi e gestionali che consentono l'allocazione di pazienti a valenza medico-internistica con caratteristiche cliniche di acuzie e di instabilità presso reparti non sufficientemente preparati per un loro attento monitoraggio e per l'erogazione di cure appropriate, mentre i reparti di area medica rimangono occupati, almeno in parte, da pazienti affetti da patologie acute di minore severità o addirittura da malati già ampiamente studiati e stabilizzati con la sola necessità residua, ma molto spesso ineludibile, di una sistemazione in un'area di postacuzie o lungodegenza o, più semplicemente ancora, in strutture di tipo socioassistenziale.

Per un utilizzo più appropriato dei posti letto in aree ad altissimo tasso di occupazione, e quindi dotate di ridotta flessibilità, ma anche per un corretto uso delle risorse disponibili in realtà meno affollate e con dotazioni organiche meno contratte, può essere molto utile prevedere l'attivazione di un sistema di triage interno all'ospedale finalizzato a stratificare, in maniera semplice e rapida, il grado di gravità clinica del paziente acuto in modo da poterlo assistere nel setting più adeguato [4-7].

I dati della letteratura scientifica [8] evidenziano che una discreta percentuale dei pazienti acuti ricoverati nei Reparti di Rianimazione (*Intensive Care Units*) ha un rischio di mortalità relativamente basso e non necessita di

* Corrispondenza:

Giovanni Mathieu, Ospedale Edoardo Agnelli,
via Brigata Cagliari 39, 10064 Pinerolo (TO),
e-mail: nanni.mathieu@tiscali.it

interventi terapeutici intensivi. Questo utilizzo inappropriato di un'area di terapia intensiva per il trattamento di pazienti affetti da patologie a bassa gravità clinica riguarda non solo malati di pertinenza chirurgica, ma anche numerosi pazienti di competenza medico-internistica (affetti per esempio da scompenso cardiaco acuto, emorragie gastroentericali del tratto digestivo superiore, polmoniti e broncopneumopatie croniche ostruttive, sepsi, stroke ischemico ecc.). Analoga considerazione può essere svolta per l'utilizzo delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica per il ricovero di pazienti a basso rischio di mortalità intraospedaliera e/o di eventi avversi cardiovascolari [9]. Una stratificazione attenta della gravità clinica dei pazienti, al momento dell'accettazione nei reparti di degenza, può contribuire a realizzare una loro razionale sistemazione, coniugando gli aspetti di qualità nella gestione sanitaria con quelli più strettamente economici rivolti a un consumo appropriato delle risorse.

In altri termini, non è infrequente individuare negli ospedali per acuti una popolazione di pazienti che di per sé non richiede cure intensive, ma presenta esigenze assistenziali maggiori di quelle normalmente soddisfatte in un reparto "tradizionale". Questi pazienti possono richiedere un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e di nursing mirati, ma in generale non necessitano di un monitoraggio invasivo dei parametri vitali. Per essi si rende necessaria una gestione medico-infermieristica di tipo intermedio tra un Reparto generale e una Unità di Terapia Intensiva (*High Dependency Unit* o *Intermediate Care Unit*) [10,11]. L'obiettivo è quello di ottimizzare l'assistenza per categorie di pazienti selezionati in base al loro stato di gravità clinica e alla loro stratificazione prognostica, di ridurre le potenziali complicanze e di contenere la spesa senza peraltro esporli a rischi di aumentata morbilità o mortalità. Questo modello organizzativo offre un'opportuna flessibilità nella selezione dei pazienti in base alle differenti realtà locali, permette un più appropriato tempo di osservazione "protetta" dei pazienti più gravi, può favorire la riduzione degli accessi impropri e quindi aumentare la disponibilità dei posti letto in Unità di Terapia Intensiva, può costituire una valida alternativa al ricovero in Unità di Terapia Intensiva mantenendo un accettabile profilo costo/efficacia (anche attraverso un più basso rapporto numerico malati/infermieri professionali, per esempio 4:1) e, infine, consente di offrire al paziente e ai suoi familiari un setting assistenziale meno aggressivo, meno rigido, più aperto e di maggiore soddisfazione (*open access hospital*). La premessa indispensabile per una corretta attivazione di tale modello assistenziale è la selezione estremamente attenta dei pazienti che possono giovare di questa opzione, senza cioè che si venga nel tempo a osservare alcuna differenza significativa in termini di outcome clinico derivante dal mancato ricovero in un'area di terapia intensiva [12,13]. Anche per questa opportunità organizzativa è di estrema importanza poter disporre di uno strumento agile, ma al tempo stesso efficace e affidabile, per stratificare con precisione il rischio clinico dei pazienti osservati in fa-

se acuta di malattia e, di conseguenza, assumere correttamente le migliori decisioni terapeutico-assistenziali che il caso clinico richiede.

Il Medico Internista che si occupa oggi dell'assistenza ai pazienti acuti ricoverati in ospedale (con un ruolo che si avvicina sempre di più a quello indicato in lingua anglosassone con il termine *hospitalist*) deve possedere un profilo professionale che gli consenta di affrontare la gestione e il coordinamento delle cure del malato in una visione longitudinale complessiva e in un ambito di integrazione con le altre discipline; deve, in altri termini, presentare specifiche competenze e abilità tecnico-professionali, gestionali e comunicative sufficientemente idonee per operare in un "sistema complesso" dedicato a gestire il percorso assistenziale di pazienti anch'essi sempre più "complessi" [14]. Anche in relazione a questa funzione di coordinamento dei percorsi assistenziali all'interno dell'ospedale, la disponibilità di uno strumento atto a stratificare con relativa facilità e rapidità il rischio clinico-prognostico dei pazienti assunti in carico rappresenta sicuramente un'utile opportunità per assicurare al malato un approccio medico di qualità.

In questo numero della nostra rivista Carlo Bartolomei e Marco Cei descrivono (pp. 31-39) due sistemi a punteggio, basati su semplici misurazioni cliniche e finalizzati a individuare la possibilità di un rapido deterioramento delle condizioni generali dei pazienti ricoverati in area medico-internistica; viene ipotizzata l'utilità del loro impiego per allocare al meglio i pazienti acuti al momento della loro ammissione in ospedale, allo scopo di migliorarne l'outcome clinico e prevenire la mortalità intraospedaliera. I due sistemi descritti, MEWS (*Modified Early Warning Score*) e IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale), sono stati utilizzati per stratificare in modo corretto il rischio di mortalità dei pazienti al momento del ricovero e per assicurare una loro adeguata destinazione (Triage di Corridoio) in un setting assistenziale idoneo, in una logica di modello di ospedale articolato per intensità di cure.

Questo studio multicentrico, effettuato in 22 reparti di Medicina Interna della Regione Toscana, ha confermato che il MEWS, anche quando calcolato una sola volta al momento del ricovero, è uno strumento semplice ma estremamente efficace per identificare i pazienti a rischio di esito negativo durante la degenza; insieme all'indice di dipendenza assistenziale, il MEWS può costituire la base per una rapida ma utilissima metodica di triage dei pazienti fin dal loro arrivo in reparto, evitando trasferimenti successivi degli stessi malati in reparti a maggiore intensità di cure e ottimizzando, quindi, l'erogazione delle cure secondo la reale necessità sanitaria evidenziata.

L'interessantissimo articolo dei due colleghi medici toscani propone uno strumento utile da introdurre nelle realtà di tipo medico-internistico, vale a dire in strutture che molto frequentemente risultano affollate di pazienti in fase acuta di malattia, ma che spesso si trovano nell'oggettiva difficoltà di offrire loro un'adeguata assistenza, che rispetti le esigenze cliniche presentate. Una razionale sistemazione di taluni malati a maggior rischio clinico, individuati

precocemente con un affidabile sistema di *score* di rischio clinico, può permettere più facilmente di assicurare loro il miglior livello qualitativo di assistenza in base alle risorse disponibili nell'ospedale in cui ci si trova a operare.

Bibliografia

- [1] Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 2006;184(5):208-12.
- [2] Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006;184(5):213-6.
- [3] Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust* 2002;177(9):492-5.
- [4] Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *QJM* 2001;94(10):521-6.
- [5] Ridley S. The recognition and early management of critical illness. *Ann R Coll Surg Engl* 2005;87(5):315-22.
- [6] McBride J, Knight D, Piper J, Smith GB. Long-term effect of introducing an early warning score on respiratory rate charting on general wards. *Resuscitation* 2005;65(1):41-4.
- [7] Gunning K, Rowan K. ABC of intensive care: outcome data and scoring systems. *BMJ* 1999;319(7204):241-4.
- [8] Rosenthal GE, Sirio CA, Shepardson LB, Harper DL, Rotondi AJ, Cooper GS. Use of intensive care units for patients with low severity of illness. *Arch Intern Med* 1998;158(10):1144-51.
- [9] Butler J, Hanumanthu S, Chomsky D, Wilson JR. Frequency of low-risk hospital admissions for heart failure. *Am J Cardiol* 1998;81(1):41-4.
- [10] Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, et al. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1998;26(3):607-10.
- [11] Baudouin S, Evans T. Improving outcomes for severely ill medical patients. *Clin Med* 2002;2(2):92-4.
- [12] Garrard C, Young D. Suboptimal care of patients before admission to intensive care is caused by a failure to appreciate or apply the ABCs of life support. *BMJ* 1998;316(7148):1841-2.
- [13] McQuillan P, Pilkington S, Allan A, et al. Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. *BMJ* 1998;316(7148):1853-8.
- [14] Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the american health care system. *N Engl J Med* 1996;335(7):514-7.