

LETTERA

2222

non solo un numero

■ ALESSANDRO GALAZZI¹, BIANCA REITANO², LAURA RASERO³, GIAN DOMENICO GIUSTI⁴

¹ Infermiere. PhD Student, Dipartimento Anestesia e Terapia Intensiva. Fondazione IRCSS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Milano. Italia
Università degli Studi di Firenze. Firenze, Italia

² Infermiere, Azienda Ospedaliera Senese, Siena, Italia

³ Professore Associato. Dipartimento di scienze della salute UNIFI UOC ricerca e sviluppo clinical practice AOU Careggi, Firenze. Italia

⁴ Infermiere. Unità di Terapia Intensiva. Azienda Ospedaliero Universitaria. Perugia. Italia

LETTER

2222

not just a number

■ ALESSANDRO GALAZZI¹, BIANCA REITANO², LAURA RASERO³, GIAN DOMENICO GIUSTI⁴

¹ Infermiere. PhD Student, Dipartimento Anestesia e Terapia Intensiva. Fondazione IRCSS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Milano. Italia
Università degli Studi di Firenze. Firenze, Italia

² Infermiere, Azienda Ospedaliera Senese, Siena, Italia

³ Professore Associato. Dipartimento di scienze della salute UNIFI UOC ricerca e sviluppo clinical practice AOU Careggi, Firenze. Italia

⁴ Infermiere. Unità di Terapia Intensiva. Azienda Ospedaliero Universitaria. Perugia. Italia

LETTERA

PERVENUTO IL 29/12/2019

ACCELTATO IL 02/01/2020

Corrispondenza per richieste:

giandomenico.giusti@ospedale.perugia.it

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi

LETTER

RECEIVED: 29/12/2019

ACCEPTED: 02/01/2020

Correspondence:

giandomenico.giusti@ospedale.perugia.it

The authors declare that there is no conflict of interest

Il riconoscimento precoce del progressivo deterioramento del paziente e la prevenzione dell'arresto cardiaco intraospedaliero rappresenta il primo anello della catena della sopravvivenza^[1]. Nel sistema di risposta alle emergenze intraospedaliere occorre che il personale sia formato per riconoscere i segni di deterioramento clinico e trattarli precocemente, si avvalga di score per la rilevazione dei parametri vitali che permettano di valutare le emergenze, ci siano indicazioni chiare sui criteri di attivazione del sistema di emergenza che permetta una risposta clinica appropriata e tempestiva; inoltre si raccomanda l'identificazione in ogni Ospedale di una "Commissione Interna Emergenza e sua Logistica in Ospedale" come prima iniziativa necessaria per avviare l'intero programma di miglioramento della risposta alle emergenze intraospedaliere^[2].

Nonostante queste chiare indicazioni, da uno studio effettuato in Italia^[3] sono attivi sistemi di risposta diversificati per tipologia di Ospedale e l'attivazione da parte del personale che rileva l'emergenza è alquanto disomogenea. Il numero unico 2222 per l'attivazione del Medical Emergency Team (MET), raccomandato dall'European Board of Anesthesiology^[4], è utilizzato solo nel 2.6%, mentre gli altri numeri individuati sono tutti differenti e con un numero di cifre variabile da 2 a 5. Inoltre, nell'11.2% dei casi il rispondente alla survey ha avuto difficoltà nel ricordare prontamente il numero telefonico esatto di chiamata in caso di emergenza intraospedaliera. Questa disomogeneità e difficoltà nel ricordare il numero per l'emergenza potrebbe creare difficoltà nella pronta risposta nelle patologie tempo dipendenti, come per esempio nell'arresto cardiaco, ed è esacerbata dal notevole turnover del personale degli ultimi anni che migra da un

The early detection of patient's progressive deterioration and prevention of in-hospital cardiac arrest involve the first ring of the survival chain^[1]. In the response system of in-hospital emergencies staff must be trained to recognize the signs of clinical deterioration and treat them promptly, using scores for the detection of vital signs which allow the evaluation of emergencies. There are clear indications on the activation criteria of the emergency system which make possible an appropriate and timely clinical response and it is recommended that each hospital formally empowers a Committee for Internal Emergency and its Logistic Organization in hospitals, as the first step towards the continuous improvement process^[2].

Despite clear indications, a study carried out in Italy^[3] showed that there were different response systems, which depend on the type of hospital and whose activation by the ward staff who detect the emergency was somewhat uneven. The unique number 2222 for the activation of the Medical Emergency Team (MET), recommended by the European Board of Anesthesiology^[4], was used only in 2.6%, while the other numbers identified were all different and with a number of figures varying from 2 to 5. Furthermore, in 11.2% of cases the survey respondent had difficulty in promptly remembering the exact telephone number in case of an in-hospital emergency. This lack of homogeneity and difficulty in remembering the emergency number could create difficulties in prompt response to time dependent diseases, such as cardiac arrest, and in these recent years it has been exacerbated by the considerable turnover of staff migrating from

ospedale ad un altro dove vengono utilizzati numeri e sistemi per l'emergenza differenti.

L'adeguamento alla creazione di un numero unico, associato alla ristrutturazione del sistema di emergenza intraospedaliero ad oggi in Italia è stato intrapreso solo dal 2019 dalla Regione Toscana^[5] e sarebbe auspicabile venga uniformato quanto prima su tutto il territorio nazionale come sta avvenendo dal 2008 con il numero unico per le emergenze extraospedaliere (112).

Interventi associati a tempistica tardiva o risorse non adeguate configurano una compromissione del sistema e dei livelli di qualità e sicurezza delle cure codificati come "failure to rescue", che può tradursi nell'aumento di morbilità e mortalità intraospedaliera altrimenti prevenibili. Sistemi maturi di risposta alle emergenze sono associati ad una diminuzione della mortalità intraospedaliera, degli arresti cardiaci e del ricorso a livelli di cura maggiore (es. terapia intensiva)^[5]. Queste considerazioni dovrebbero convincere le direzioni dei vari Ospedali italiani a seguire il modello del numero unico anche per le emergenze intraospedaliere.

one hospital to another where different emergency numbers and systems are used.

The adjustment to the creation of a single number, associated with the restructuring of the in-hospital emergency system to date in Italy has been undertaken only since 2019 by Region Tuscany^[5] and it would be desirable to be standardized as soon as possible all over the national territory as it has happened since 2008 with the unique number for out of hospital emergencies (112).

Interventions associated with late timing or inadequate resources represent a compromise of the system and of the quality and safety levels of the treatments coded as "failure to rescue", which can result in an increase in morbidity and mortality that could otherwise be avoided. Suitable emergency response systems are associated with a decrease in in-hospital mortality, cardiac arrests and utilization higher levels of care (such as intensive care unit)^[5]. These considerations should lead the directions of the various Italian hospitals to follow the model of the unique number also for in-hospital emergencies.

BIBLIOGRAFIA - REFERENCES

1. SMITH GB. *In-hospital cardiac arrest: is it time for an in-hospital 'chain of prevention'?* Resuscitation. 2010 Sep;81(9):1209-11. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.04.017.
2. SAVOIA G, BOSCO G, CERCHIARI E, DE BLASIO E, DELLA CORTE F, GORDINI G, PETRINI F, RADESCHI G, RAIMONDI M, ROSAFIO T; SIAARTI - IRC WORKING GROUP. *SIAARTI - IRC recommendations for organizing responses to In-Hospital emergencies.* Minerva Anestesiol. 2007 Oct;73(10):533-53.
3. GIUSTI GD, REITANO B, LUSIGNANI M, RASERO L, GALAZZI A. *Italian in-hospital emergency number: A call for action.* Resuscitation. 2019 Jul;140:84-85. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.05.011.
4. WHITAKER DK. *Establishing a standard "Cardiac Arrest Call" telephone number for all hospitals in Europe-2222.* Resuscitation. 2016 Aug;105:e25. doi:10.1016/j.resuscitation.2016.05.011.
5. *Regional guidelines for the management of in-hospital emergencies 2019.* <http://www.regione.toscana.it/documents/10180/16235158/Linee+di+indirizzo+Emergenze+intraospedaliere.pdf/bbe753d6-3961-4667-855e-c046e86a1a9b> [online] last access 17 August 2019.