



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

*Il Triage di Pronto Soccorso fra
gestione attuale e gestione futura*

Relatore:
Santarelli Adoriano

Tesi di Laurea di:
Agostini Valentina

Correlatore:
Beltrami Giampietro

A.A. 2018/2019

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1 – GENERALITÀ ED OBIETTIVI DEL TRIAGE.....	3
1.1 DEFINIZIONE E CENNI STORICI.....	3
1.2 OBIETTIVI.....	6
1.3 TIPI DI TRIAGE.....	7
1.3.1 TRIAGE NON INFERMIERISTICO.....	8
1.3.2 “SPOT-CHECK” TRIAGE.....	9
1.3.3 TRIAGE DI BANCONE.....	10
1.3.4 TRIAGE BIFASICO.....	10
1.3.5 TRIAGE GLOBALE.....	11
CAPITOLO 2 - ORGANIZZAZIONE ATTUALE DEL SISTEMA DI TRIAGE ED I SISTEMI DI CODIFICA.....	12
2.1 MODELLO DI RIFERIMENTO	12
2.2 IL PROCESSO DECISIONALE	14
2.3 LE CRITICITÀ DEL PROCESSO DI TRIAGE	15
2.4 I SISTEMI DI CODIFICA.....	18
2.5 LA PRIORITÀ DI ACCESSO E L’UTILIZZO DEI CODICI COLORE.....	20
2.6 LA NUOVA PROSPETTIVA PER IL TRIAGE	22

CAPITOLO 3 – LA NUOVA PROPOSTA DEI CODICI NUMERICI E L’IMPATTO SULL’ORGANIZZAZIONE	24
3.1 DAI CODICI COLORE AI CODICI NUMERICI	24
3.2 SOVRAFFOLLAMENTO	28
3.3 ORGANIZZAZIONE DEI FLUSSI DI TRATTAMENTO	31
3.4 ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO PEDIATRICO	34
3.5 STANDARD ORGANIZZATIVI	34
3.6 REQUISITI STRUTTURALI.....	35
3.7 RISORSE TECNOLOGICHE	38
3.8 FORMAZIONE INFERMIERE	39
CONCLUSIONE.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	45

INTRODUZIONE

Il termine triage deriva dal francese “trier” e significa scegliere, classificare. E’ l’inizio del percorso di Pronto Soccorso ed ha come obiettivo quello di identificare la priorità di accesso alle cure e la scelta di un percorso appropriato al paziente.

Il triage compare nella legislazione italiana nel 1996 con l’attuazione del decreto no.76/1992 che afferma come in ogni dipartimento d’emergenza debba essere presente tale funzione come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti.

L’obiettivo principale è quello di assicurare la presa in carico delle persone che accedono al Pronto Soccorso, valutando le priorità assistenziali e stabilendo un ordine di accesso alla visita medica in base ai dati ed i segni clinici, ponendo attenzione però, a quelle condizioni di criticità.

Il modello attuale di triage si basa su un approccio globale della persona in cui l’assegnazione del codice avviene attraverso una valutazione obiettiva e soggettiva.

Il sistema di codifica utilizzata attualmente si basa sull’assegnazione di codici colore in cui il bianco rappresenta la non urgenza, il verde l’urgenza minore, il giallo l’urgenza e il rosso l’emergenza. Tale sistema è il più utilizzato in quanto di immediata comprensione e comunicazione nei confronti dell’utenza.

Con gli anni però si è sentita la necessità di definire percorsi più appropriati ed una differenziazione maggiore del sistema di codifica, passando così ad un sistema a 5 codici numerici in cui vengono inserite per la prima volta le tempistiche precise per la presa in carico e la rivalutazione del paziente.

Distinguiamo quindi codice di priorità 1 che rappresenta l'emergenza, 2 l'urgenza indifferibile, 3 urgenza differibile, 4 urgenza minore, 5 non urgenza.

Nella tesi vengono toccati altri punti chiave delle linee di indirizzo come l'attivazione di specifici percorsi (fast track, see&treat, percorso pediatrico), i requisiti strutturali, gli standard organizzativi, le risorse tecnologiche e la formazione dell'infermiere appunto che diventa più specifica e mirata in quanto si vogliono prevenire i rischi correlati all'attribuzione del codice di priorità.

L'obiettivo principale di questo lavoro è quello di presentare le nuove linee di indirizzo e mostrare come queste potrebbero essere una soluzione per ridurre fenomeni come il sovraffollamento, per evitare l'assegnazione di codici sottostimati, per garantire l'effettiva presa in carico del paziente e l'identificazione del percorso più idoneo ai suoi bisogni.

CAPITOLO 1.

GENERALITA' ED OBIETTIVI DEL TRIAGE

1.1 DEFINIZIONE E CENNI STORICI

Storicamente il termine triage deriva dal francese “trier” e significa scegliere, classificare. Fu utilizzato per la prima volta dal barone Jean Dominique Larrey, chirurgo capo dell'esercito napoleonico, il quale per primo ideò e predispose l'evacuazione organizzata dei soldati feriti dal campo di battaglia, scegliendo di soccorrere per primi quelli che avevano subito lesioni meno gravi ed erano quindi più rapidamente recuperabili per la battaglia. Da allora il triage fu applicato sui campi battaglia di tutto il mondo e solo in un secondo momento venne considerato come evoluzione del soccorso extraospedaliero. (1)

Nell'esercito italiano della seconda metà dell'Ottocento, la selezione veniva effettuata da infermieri che avevano il compito, di scegliere “quei feriti leggeri, i quali possono facilmente recarsi da sé ai depositi di ambulanza; altrimenti si correrebbe rischio di non avere più mezzi disponibili per i feriti gravi”. (2)

Billroth, chirurgo tedesco, curando l'organizzazione dei soccorsi sui campi di battaglia, prevedeva due postazioni di soccorso: la prima era il “posto di fasciatura di necessità”, situato in prossimità della linea di battaglia, in cui i medici prestavano il primo soccorso ai casi più gravi; più arretrato vi era il “posto principale di fasciatura o divisionale” dove i feriti più lievi arrivavano

direttamente.

Ciò che noi chiamiamo “Triage intraospedaliero” ,veniva effettuato con modalità simili; era la fase della “cernita” dei feriti, effettuata al posto di medicazione, che era la prima stazione di soccorso e smistamento. Qui venivano utilizzate delle “tabelline diagnostiche” con due tagliandi, uno rosso ed uno verde. Su di esse vengono riportate tutte le indicazioni necessarie, riguardanti il Corpo d’Armata, la Divisione, il Reggimento ecc., nonché la lesione riportata, le medicature o le operazioni praticate, e se definitive o provvisorie. Si indicava se il ferito era trasportabile (tagliando verde) o no (tagliando rosso). Ai feriti, per i quali occorra un soccorso urgente dopo la prima medicatura o il primo intervento, si aggiunge un’altra tabellina bianca su cui è scritto urgente. La tabellina completa di tutte le notizie viene appesa al cappotto del ferito e messo ben in mostra.

Nella sua versione moderna il Triage nasce negli Stati Uniti nel 1960 quando si verificò un aumento progressivo del numero di pazienti che affluivano al Pronto Soccorso, con un’incidenza sempre più elevata di casi non urgenti prolungando i tempi di attesa da 6 a 18 ore con un abbandono degli ospedali del 5-15%. Questa situazione di sovraffollamento è andata generalizzandosi a tutti i paesi industrializzati con una tendenza in costante aumento. (3)

Le prime esperienze di triage infermieristico in Italia sono iniziate nei primi anni '90 nei pronto soccorso ad elevato volume di utenza, ma una tappa fondamentale di questo processo si è registrata nel maggio 1996 con la pubblicazione delle Linee Guida per il sistema emergenza-urgenza, in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 del Ministero della Sanità, Conferenza Stato-Regioni, in cui per la prima volta in Italia era esplicitamente prevista la funzione di triage e veniva indicato chi e come dovesse svolgere questa attività: “All’interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta dal personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio.” (4)

L’attivazione di questo sistema di per sé non comporta un risparmio sulla quantità totale dei tempi di attesa, ma opera solo una redistribuzione a favore di chi è più grave e a svantaggio di chi non avrà comunque danno da un tempo maggiore di attesa. Si può quindi affermare che il triage rappresenta una metodica che serve a classificare i pazienti in relazione al problema principale evidenziato, per predisporre, nel modo più veloce possibile, la terapia, il trattamento e il ricovero nell’ambiente adeguato.

1.2 OBIETTIVI

Lo scopo del Triage è di gestire la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle in condizioni di criticità, valutandone i dati ed i segni clinici che contraddistinguono situazioni di rischio, complicanze, effetti indesiderati di trattamenti in atto, mediante l'osservazione clinica, l'utilizzo di scale/strumenti appropriati e idonei sistemi di monitoraggio.

Gli obiettivi si configurano quindi nelle seguenti azioni:

- identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantire il tempestivo avvio del trattamento con l'applicazione di procedure idonee;
- attribuire agli assistiti un codice priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita anche attraverso l'inserimento di un percorso di valutazione e trattamento appropriato;
- sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- migliorare le prestazioni professionali del personale addetto all'emergenza;
- ridurre i tempi di attesa;
- ridurre lo stato di ansia;
- fornire informazioni sanitarie ai pazienti ed ai loro familiari. (5)

Per raggiungere questi obiettivi la metodica del triage deve essere di facile applicazione, di facile comprensione e adeguata alle capacità di chi la applica. L'efficacia dei risultati del triage è correlata alla situazione strutturale, al flusso dei pazienti, ai supporti tecnologici e alle risorse umane proporzionate al carico lavorativo.

Il triage rappresenta un importante strumento di lavoro che permette agli operatori una risposta qualitativamente migliore ed attenta ai bisogni dell'utenza; essendo un percorso dinamico consente una costante messa in discussione del proprio modo di operare ed una continua modifica dei propri metodi operativi volti all'ottimizzazione delle risorse disponibili, oltre ad essere un importante elemento di stimolo alla crescita professionale di ogni operatore.

1.3 TIPI DI TRIAGE

L'intento attraverso il quale un singolo sistema di Triage vuole racchiudere in sé tutte le prerogative e le funzioni di Triage, dipende da vari fattori:

- numero dei pazienti visitati ogni giorno
- presenza o assenza di altre strutture di riferimento
- tipo e disponibilità del personale sanitario
- disponibilità di aree per trattamenti speciali

- vincoli ambientali, legali e amministrativi.

Ogni Pronto Soccorso dovrebbe sviluppare proprie specifiche direttive e procedure che descrivono il suo sistema di triage. Sono stati riconosciuti diversi sistemi di triage:

1. Triage non infermieristico
2. “Spot-check” triage
3. Triage di bancone
4. Triage bifasico
5. Triage globale

Questi sistemi differiscono in diversi punti come: le categorie di triage (codici di gravità), la documentazione richiesta, la valutazione e rivalutazione dei pazienti e l’inizio del trattamento o delle procedure diagnostiche. (1)

1.3.1 TRIAGE NON INFERMIERISTICO

È il sistema di triage più semplice ed è attuato generalmente da un non professionista, come un impiegato, un soccorritore o un ausiliario. La valutazione in questa tipologia è minima, generalmente limitata al livello di dolore che porta al non-infermiere a sviluppare la sua scelta all’interno di due categorie : emergenza o non urgenza; la documentazione è minima o assente, la

valutazione e rivalutazione del paziente sono impossibili e quindi la valutazione della qualità risulta difficile.

In un piccolo pronto soccorso con afflusso ridotto di pazienti può essere adattato agli standard se la valutazione di triage è eseguita da un infermiere professionale piuttosto che da un non-infermiere e le decisioni sono prese in base ad una valutazione oggettiva/soggettiva e linee guida scritte. (5) Questo modello è andato via via in disuso soprattutto dopo l'applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992, il quale afferma come la funzione di triage debba essere svolta “da personale infermieristico adeguatamente formato”. (4)

1.3.2. “SPOT-CHECK” TRIAGE

È un sistema a “rapida occhiata” nel quale un Infermiere ottiene informazioni sui pazienti rispetto alla intensità del dolore e pochi altri dati soggettivi e oggettivi relativi al problema principale. In questa tipologia l'utilizzo di protocolli per l'assegnazione dei codici gravità è inconsistente; la documentazione può essere varia; la rivalutazione è solitamente eseguita a richiesta del paziente. (5)

1.3.3 TRIAGE DI BANCONE

Il “bancone” deve essere una vera e propria postazione del PS, ben identificabile, collocata in modo da filtrare immediatamente gli accessi. Si procede poi alla rilevazione di brevi notizie anamnestiche, sintomi ed ulteriori segni clinici necessari; successivamente viene effettuata la formulazione di un giudizio di gravità clinica, necessario a sorreggere la scelta definitiva di attribuzione del codice colore. Questa tipologia di triage ha come limite principale la raccolta dei dati clinico strumentali ed i rilievi diagnostici si riducono per lo più alle caratteristiche del polso, alla pressione arteriosa, alla frequenza respiratoria ed alla temperatura corporea.

1.3.4 TRIAGE BIFASICO

Viene attuato in alcuni grandi ospedali a causa dell’elevato afflusso e della forte complessità ed articolazione specialistica del DEA. Il triage è quindi effettuato in due tempi con postazioni diverse. Nella prima avviene l’identificazione e la registrazione dell’utente da parte dell’infermiere esaminatore che effettua un’iniziale valutazione e assegna una prima codifica provvisoria. Si distinguono le urgenze maggiori dalle non urgenze e si decide l’invio ad un’area o un PS specialistico. Nella seconda parte l’infermiere valutatore effettua un triage di tipo “clinico” con assegnazione definitiva del

codice colore, inizia i trattamenti ed effettua un eventuale smistamento verso percorsi ambulatoriali interni o esterni all'area dell'emergenza. (5)

1.3.5 TRIAGE GLOBALE

È il sistema più diffuso e congruo alle esigenze operative più comuni. La valutazione e l'assegnazione delle priorità è attuata da un infermiere professionale, si seguono precisi standard per la valutazione, la pianificazione e gli interventi, la documentazione è sistematica e continua, la rivalutazione è continua e la valutazione di qualità sistematica del sistema permette l'identificazione dei problemi e il miglioramento del processo. (1)

CAPITOLO 2

ORGANIZZAZIONE ATTUALE DEL SISTEMA DI TRIAGE ED I SISTEMI DI CODIFICA

2.1 MODELLO DI RIFERIMENTO

I sistemi di Triage implementati nelle realtà italiane si ispirano al modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata sulla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, sulla base di elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili. I presupposti di questo modello di Triage sono identificabili nelle seguenti attività:

- realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori;
- assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere formato;
- garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito;
- utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona;
- utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- disporre di un sistema documentale adeguato ed informatizzato. (6)

L'obiettivo è quello di superare la logica della lista d'attesa basata sull'ordine di arrivo, cercando innanzitutto di evitare che le emergenze reali vengano

trattate con ritardo e più in generale che le urgenze “minori” possano avere la precedenza su quelle “maggiori”.

I mezzi di cui ci si serve sono quelli usuali, come la raccolta dei dati soggettivi dal paziente, le informazioni fornite da familiari o soccorritori, la documentazione medica relativa all’invio del paziente, quando presente, il rilevamento dei parametri vitali e l’esame generale del paziente.

La decisione di triage, quindi l’attribuzione della categoria di priorità, è il risultato finale di un processo di valutazione e raccolta dati attuato dall’infermiere addetto al triage; questi, sulla base delle informazioni raccolte, delle condizioni presenti del paziente, della possibilità di complicanze a breve termine, assegna un codice che sarà il principale criterio guida per l’accesso all’area di trattamento. (1)

Nel documento “Linee di Indirizzo per l’attività di Triage in Pronto Soccorso” promulgate nel 2012 come proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, si afferma che il sistema di triage si articola in quattro principali fasi:

- Fase della Valutazione immediata (sulla porta): si tratta di una valutazione che si basa su come si presenta il paziente prima ancora di averlo valutato e di aver individuato il motivo di accesso. Ciò permette di identificare sin dall’ingresso una situazione di emergenza che richieda un trattamento immediato (per

esempio l'assenza o alterazione delle funzioni vitali oppure situazioni di peri-arresto);

- Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva: effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata) e attraverso la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali;

- Fase della Decisione di Triage: consiste nell'assegnazione del codice di gravità ed è il culmine di un processo molto complesso basato sulla valutazione delle condizioni presenti del paziente, sulla possibilità di complicanze entro breve e medio termine e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico terapeutici.

- Fase della Rivalutazione: si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa. (7)

2.2 IL PROCESSO DECISIONALE

La priorità viene identificata tramite una valutazione obiettiva (ispettiva nel trauma), un interrogatorio anamnestico/sintomatologico mirato alla ricerca di specifiche priorità di rischio e la rilevazione dei parametri vitali.

Il codice attribuito evidenzia una priorità di accesso all'assistenza e alle cure mediche, e non ha quindi altri fini (diagnostico, epidemiologico, amministrativo). L'uso di una metodica operativa standardizzata a livello

regionale permette di limitare l'errore umano dovuto alla soggettività dell'atto di Triage e di garantire, a parità di evidenza di segni e sintomi, una uniforme tempistica di intervento su tutto il territorio regionale.

La procedura operativa obbliga l'operatore a confermare/escludere alcuni passaggi in una sequenza standardizzata. L'infermiere di Triage deve escludere come primo passaggio la compromissione di una funzione vitale, come secondo passaggio evidenziare il sintomo prioritario, come terzo passaggio evidenziare il problema specifico. L'eventuale considerazione di un unico passaggio secondario (es. sintomo prioritario o problema specifico) indica che l'infermiere di Triage ha volutamente escluso schede e priorità di rischio maggiori.

2.3 LE CRITICITA' DEL PROCESSO DI TRIAGE

I pazienti cui viene assegnato, da parte del personale di triage, “un codice di priorità di accesso sottostimato rispetto alla condizione clinica e al rischio evolutivo, possono andare incontro a morte o subire un danno severo a causa del mancato o ritardato intervento medico ovvero dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato”.

E' sulla base di questa valutazione, che il ministero della Salute ha pubblicato la Raccomandazione numero 15, elaborata nello scorso febbraio e intitolata

“Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 o all’interno del Pronto Soccorso”.

Il documento evidenzia cinque pilastri su cui devono sempre basarsi le procedure al fine di evitare problemi:

- l’individuazione certa dei protocolli;
- l’identificazione certa del paziente;
- la rivalutazione dell’utente in attesa;
- la formazione del personale addetto al triage;
- l’attenzione all’ambito logistico-strutturale.

Si possono identificare essenzialmente tre ambiti di criticità che possono condurre a una non corretta attribuzione del codice di priorità e, quindi, al rischio che si verifichi un evento avverso: l’ambito strutturale/organizzativo, assistenziale e relazionale.

Le criticità di tipo organizzativo/strutturale che possono verificarsi a livello ospedaliero, sono da riferirsi principalmente a:

- insufficiente dotazione di personale infermieristico assegnato al triage sul posto e al triage in Pronto soccorso;
- collocazione logistica delle sale d’attesa, rispetto all’area triage, tale da non consentire la rilevazione immediata di repentini ed imprevedibili aggravamenti della sintomatologia.

Tra le criticità di tipo “assistenziale”, riferibili al triage intraospedaliero, si rilevano:

- raccolta dei dati del paziente incompleta e/o inadeguata, sia nella componente soggettiva, cioè la raccolta dell’anamnesi del paziente, che nella valutazione oggettiva ovvero la rilevazione dei segni e dei sintomi e dei parametri vitali;
- inadeguata valutazione del paziente all’ingresso del paziente in Pronto Soccorso
- mancata osservazione e rivalutazione del paziente
- mancato rispetto di protocolli e/o procedure.

Le criticità di tipo relazionale, rilevabili nel triage ospedaliero, sono legate essenzialmente a:

- situazione sbilanciata, relativamente a competenze e ruoli (over-rule), tra gli operatori di Pronto soccorso;
- limiti di comunicazione, dovuti sia a problemi linguistici, culturali e anagrafici, che alla inadeguata e incompleta, comunicazione fra paziente/utente (e/o eventuali familiari, accompagnatori) e operatore sanitario e fra i vari operatori. (8)

Il processo di triage presenta oltre alle criticità dei vantaggi come il fatto che l’utente viene accolto da un professionista con cui stabilisce un rapporto, si procede alla valutazione dei documenti clinici che il paziente ha con se ed è

possibile l'esecuzione pressochè immedita di alcune manovre diagnostiche/terapeutiche.

2.4 I SISTEMI DI CODIFICA

Il sistema di codifica è uno strumento che il triagista ha per comunicare agli altri (utenti, familiari ed equipe di trattamento) la decisione da lui assunta, cioè un mezzo che riassume in maniera chiara, rapida ed inequivocabile quanto è presumibilmente “grave”, ovvero prioritario, rispetto ad altri, una persona da lui valutata. Per fare ciò è necessario adottare un sistema di codifica: i codici.

Questi devono avere dei requisiti come:

- Utili per l'opera di triage: devono risultare funzionali all'unità operativa che li utilizza. Si potrebbe dire che sulla base dell'affluenza giornaliera, delle risorse umane e materiali e dei protocolli procedurali in uso in un servizio di P.S. “è efficace qualsiasi sistema di codifica capace di suddividere, catalogare e rappresentare l'utenza per priorità”
- Di rapida interpretazione: è utile che già da una prima occhiata si abbia la percezione immediata del significato di ogni codice e delle sue categorie. Non ci deve essere bisogno di leggere o fare calcoli ma solamente di decodificare e il legame tra un “simbolo-livello di priorità”. Forse è per questo motivo che i codici-colore siano diventati il sistema di codifica più utilizzato.

- Universalmente condivisi: è auspicabile che vi siano pochi sistemi di codifica e che questi siano universalmente condivisi e riconosciuti. Ciò concretizza la rapidità dell'interpretazione da parte di chiunque.

Alcuni esempi di sistemi di codifica sono: codici colore, a “sigle” da qualcuno ancora utilizzato ma andato in disuso dopo l'avvento dei codici colore e codici numerici. (9)

Un buon metodo di triage dovrebbe rispondere a dei criteri come: Affidabilità (reliability) che si riferisce al grado per cui ripetute valutazioni con lo stesso strumento di triage forniscono il medesimo livello di acuità; validità (validity) che rappresenta il grado con cui il livello di acuità misurato riflette la vera acuità del paziente al momento del triage, riferendosi alla capacità dello strumento di effettuare le misurazioni in maniera accurata; utilità (utility), che fa riferimento alla comprensibilità e alla semplicità nell'applicazione del sistema in esame, e sicurezza (safety), che osserva quanto la presa di decisione di triage sia oggettiva e commisurata ai criteri clinici, nonché l'ottimizzazione dei tempi di intervento medico.

2.5 LA PRIORITA' DI ACCESSO E L'UTILIZZO DEI CODICI COLORE

I pronto soccorso italiani si sono orientati verso l'utilizzo dei codici colore, in quanto di immediata comprensione e comunicazione nei confronti dell'utenza attraverso semplici fogli illustrativi. Questi colori stabiliscono dunque la priorità da dare al paziente, in base alle sue condizioni, e rendono le procedure di soccorso più efficienti. Le Linee Guida sul Triage (DM 15 maggio 1992) individuano quattro codici colore di priorità: (10)

- **CODICE ROSSO (EMERGENZA):** ha la priorità assoluta ed entra direttamente in sala Emergenza. È assegnato ai pazienti in pericolo imminente di vita con cedimento o compromissione di una delle funzioni vitali (ad esempio arresto respiratorio, arresto cardiaco, ferite penetranti torace, addome, politraumatizzato, crisi psicotica, ira, ecc.).
- **CODICE GIALLO (URGENZA):** è assegnato ai pazienti in potenziale pericolo di vita, ovvero in cui vi è la minaccia di cedimento di una funzione vitale. All'assegnazione del codice contribuiscono aspetti come l'intensità del sintomo, parametri vitali alterati correlati al sintomo principale, patologie tempo dipendenti. Il tempo di attesa non dovrebbe comunque superare i 20 min. ed è necessaria una rivalutazione infermieristica dopo 5-15 min. dalla prima controllando che non siano insorte condizioni per classificarlo come

codice rosso. In ogni caso, trascorsi ulteriori 15', il codice giallo confermato deve essere valutato da un medico che stabilirà il percorso in funzione della successiva eventuale attesa (ad esempio dolore toracico tipico insorto da poche ore, pregressa sincope od astenia persistente, fratture di arti con esposizione, alterazione dello stato di coscienza con disartria, deviazione della rima buccale, ecc.)

- **CODICE VERDE (URGENZA MINORE):** viene assegnato ai pazienti che necessitano di una prestazione medica che può essere differibile cioè a quei pazienti che non presentano compromissione dei parametri vitali e che non appaiono dispnoici, pallidi, sudati e che presentano coscienza integra. L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi e gialli. È necessaria una rivalutazione ogni 60 minuti (ad esempio traumatismi su uno o più arti in assenza di fratture esposte o estese, coliche addominali in assenza di vomito ripetuto, febbre oltre i 38°, epistassi, corpi estranei corneali, cefalea in pz cefalalgico, melena pregressa, vertigini). I codici verdi sono in media il 70-80% degli accessi al Pronto Soccorso.

- **CODICE BIANCO (NESSUNA URGENZA):** Assegnato a quei pazienti che richiedono prestazioni sanitarie che non sottendono alcuna urgenza come ad esempio febbre persistente, dolori articolari non traumatici, otalgie,

odontalgia, dispepsia, abrasioni cutanee, palpitazioni soggettive. I criteri per attribuire un codice bianco sono:

- non vi è alcuna alterazione delle funzioni vitali;
- non è presente alcuna sintomatologia critica o a rischio di aggravamento;
- la sintomatologia è minore o è presente da qualche giorno o è cronica;
- l'utente potrebbe trovare soluzione al problema utilizzando i percorsi sanitari alternativi al PS (MMG, Pediatri di libera scelta, Guardia Medica, Specialistica Ambulatoriale Esterna). (5)

L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi.

Durante l'attesa il codice colore può subire delle variazioni se le condizioni del paziente subiscono un peggioramento. Al di là del colore esiste comunque la possibilità per ogni singolo P.S. di assegnare una priorità a categorie particolari di pazienti come bambini, anziani, donne in gravidanza, ecc.

Il codice colore consente insomma al personale operante in DEA, oltre che a selezionare i pazienti medesimi, a capire al primo approccio la gravità del caso in questione.

2.6 LA NUOVA PROSPETTIVA PER IL TRIAGE

Alla luce dell'esperienza maturata negli anni, considerata la necessità di definire percorsi più appropriati che possono trovare risposte anche nell'ambito

della rete dei servizi di Cure primarie o in altri *setting* di cura (come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 sul documento di "Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale"), è emersa progressivamente la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica attualmente in uso, basato su quattro codici colore. Ciò è in linea anche con le attuali principali evidenze scientifiche internazionali.

Si propone dunque di passare ad un sistema a 5 codici numerici di priorità in modo da focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche, inserendo per la prima volta anche le tempistiche precise per la presa in carico. (6)

CAPITOLO 3

LA NUOVA PROPOSTA DEI CODICI NUMERICI E L'IMPATTO SULL'ORGANIZZAZIONE

3.1 DAI CODICI COLORE AI CODICI NUMERICI

In seguito all'accordo siglato in "conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulle "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero" il nuovo sistema dei pronto soccorso dovrebbe essere sostituito dal nuovo modello in cui il paziente viene accolto in base al suo bisogno clinico ed alla complessità assistenziale grazie all'individuazione del percorso più appropriato. (11)

Gli obiettivi riportati dal Ministero della Salute nel documento infatti, sono quelli di realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al Pronto Soccorso; assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere specificatamente formato; garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo. (6)

Il nuovo triage si propone di utilizzare codici numerici con una numerazione crescente al decrescere della priorità, in base alla valutazione del rischio

evolutivo dei bisogni assistenziali e dell'impegno di risorse stimato per il trattamento.

I nuovi codici numerici sono:

- codice di priorità 1: emergenza-accesso immediato;
- codice di priorità 2: urgenza indifferibile –accesso entro 15 minuti;
- codice di priorità 3: urgenza differibile- accesso entro 60 minuti;
- codice di priorità 4: urgenza minore- accesso entro 120 minuti;
- codice di priorità 5: non urgenza- accesso entro 240 minuti. (11)

Le linee guida precisano che tale suddivisione ha lo scopo di ridistribuire meglio la popolazione che si presenta nei pronto soccorso e di risolvere quindi, alcune inefficienze del sistema di attribuzione delle priorità con gli attuali codici di urgenza nei triage.

Consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile e di risolvere la difficoltà creata dal codice verde, che oggi viene attribuito alla stragrande maggioranza dei casi, anche a quelli che in una seconda valutazione risultano più gravi del previsto, creando disagio nelle attese, ma soprattutto nei pazienti valutati male.

Le novità apportate da questo documento non sono di poco conto, in quanto, oltre a cessare la confusione sulla natura del codice di triage, dal momento

dell'accoglienza in triage si stabilisce la “presa in carico globale della persona” e di conseguenza la posizione di garanzia del paziente.

Per una corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, il tempo di permanenza in pronto soccorso non dovrà superare le 8 ore dal momento della presa in carico. Nel caso in cui viene superato tale limite, il medico dovrà effettuare il ricovero a carico dell'unità operativa di destinazione che assume la completa responsabilità del paziente o quest'ultimo può essere rimandato a casa con affidamento alle strutture territoriali.

I 5 codici numerici potranno ancora essere associati però a dei codici colore; infatti troviamo il rosso per un'emergenza che richiede accesso immediato; arancione per urgenze dovute al rischio di compromissione di funzioni vitali; azzurro per interventi che vanno gestiti entro un'ora; verde per urgenze minori da gestire entro due ore; bianco per interventi non urgenti.

La riforma, inoltre, sottolinea ulteriormente anche il ruolo dell'infermiere, cui è affidata oltre all'assegnazione del codice numerico, anche la rivalutazione del paziente e il suo eventuale percorso “fast track” che porta ad una visita specialistica.

Nella tabella che segue (fig.1) sono riportati, per ognuno dei 5 codici numerici/colore e dei relativi tempi di attesa, le modalità di rivalutazione che comprendono il monitoraggio costante delle condizioni con osservazione

diretta per i casi di urgenza, la ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione nel caso di urgenze differibili, urgenze minori o non urgenze.

Qualunque modifica dei parametri rilevata durante la fase di rivalutazione potrà determinare una variazione anche dei relativi tempi di attesa. A seguito della fase di accoglienza, in sede di Triage, è possibile l'attivazione di percorsi di cura predefiniti come i percorsi brevi e i percorsi a gestione infermieristica, sulla base di appositi protocolli. (6)

TRIAGE: modalità e tempi di rivalutazione				
Codice		Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di Rivalutazione
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO ALLE AREE DI TRATTAMENTO: NESSUNA RIVALUTAZIONE	
2	ARANCIONE	URGENZA	ACCESSO ENTRO 15 MIN	OSSERVAZIONE DIRETTA O VIDEO MEDIATA CON MONITORAGGIO COSTANTE DELLE CONDIZIONI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO ENTRO 60 IN	RIPETIZIONE DI PARTE O TUTTE LE FASI DI VALUTAZIONE: - A GIUDIZIO DELL'INFERMIERE DI TRIAGE - A RICHIESTA DEL PAZIENTE - UNA VOLTA TRASCORSO IL TEMPO DI ATTESA MASSIMO RACCOMANDATO
4	VERDE	URGENZA MINORE	ACCESSO ENTRO 120 MIN	
5	BIANCO	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MIN	

Figura 1. Modalità e tempi di rivalutazione. Ministero della Salute

3.2 SOVRAFFOLLAMENTO

Negli ultimi anni i pazienti afferenti al Pronto Soccorso sono stati oggetto di un progressivo aumento numerico a cui si è affiancato un incremento di pazienti che si rivolgono al reparto d'urgenza per malattie croniche e casi complessi. Ciò ha favorito la trasformazione del pronto soccorso in un vero e proprio reparto di degenza rischiando di vedere completamente snaturata la mission assistenziale.

In letteratura questo fenomeno viene definito sovraffollamento (overcrowding), la cui definizione è stata data nel 2006 dall'American College of Emergency Physicians, secondo cui tale fenomeno si verifica quando “le necessità identificate nei servizi di emergenza superano le risorse disponibili per la cura dei pazienti presenti nel dipartimento di emergenza”. (12)

Il documento proposto dal ministero tende infatti, ad affrontare la questione del sovraffollamento garantendo delle linee di indirizzo per prevenirlo e fronteggiarlo.

I tre possibili fattori di sovraffollamento possono essere:

- fattori di ingresso (input), quindi un eccessivo accesso di utenti determinato dall'insorgenza di nuovi fabbisogni assistenziali;
- fattori interni strutturali (throughput) che fanno riferimento ad un rallentamento dei percorsi interni di pronto soccorso;

- fattori di uscita (output) in cui si ritrova la difficoltà a ricoverare per mancanza di posto letto e il prolungamento della durata di ricovero dovuto ad un insufficiente livello di efficienza dei servizi ospedalieri. (13)

I risultati di tali fattori hanno delle conseguenze negative sui pazienti in quanto c'è un incremento di eventi avversi, la ridotta soddisfazione del paziente, ritardo nei trattamenti e nei trasferimenti, aumento dell'abbandono del pronto soccorso prima delle cure o della dimissione e diminuzione della privacy in quanto c'è presenza di più pazienti nella stessa area creando quindi disagio al paziente.

Il personale può vivere episodi di violenza che possono sfociare in aggressioni verbali o fisiche legati al clima di tensione causato dal sovraffollamento; ridotta in quanto non si lavora in base ai propri standard e tutto risulta più pesante e pressante; incremento del burnout con senso di frustrazione derivante dalla consapevolezza di non poter garantire la privacy e l'assistenza necessaria.

Inoltre le conseguenze di questo fenomeno possono ricadere anche sull'organizzazione causando un dirottamento delle ambulanze ovvero un aumento dei tempi di percorrenza con maggior utilizzo del mezzo e quindi la riduzione della sua disponibilità per altri pazienti sul territorio; l'equipaggio del 118 potrebbe vedere trattenuta la propria barella nell'affidamento del paziente al personale del reparto e ciò blocca il mezzo e ne impedisce la disponibilità

per nuovi soccorsi; aumento del contenzioso legale nei confronti dell'azienda sanitaria, dato dall'aumento degli eventi avversi o eventi sentinella. (14)

Tuttavia possono essere definite delle azioni che possono essere svolte per ridurre questo fenomeno e sono:

- Definizione per ciascun territorio di percorsi di "affidamento diretto" per la presa in carico da parte delle Unità Operative Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle stesse (es. pazienti oncologici- nefrologici-ematologici- supporto trasfusionale-urologici).
- Definizione per ciascun territorio di percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali con classe di priorità di tipo U (entro 72 ore).
- Implementazione presso ciascun Pronto Soccorso di modalità strutturate per la gestione l'informazione/indirizzamento dei pazienti verso la rete dei servizi sociali sociosanitari per percorsi complessi.
- Definizione per ciascun territorio di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent user".
- Definizione per ciascun territorio di percorsi condivisi tra ospedale e territorio per la gestione del "fine vita" con particolare riferimento ai pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e in strutture protette.

- Realizzare e rafforzare i servizi territoriali e soprattutto la loro capacità di intercettare quanto sarebbe inappropriato nell'ambito del Pronto Soccorso, incentivando la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) o anche di Case della salute e Ospedali di Comunità, Hospice.
- Attivazione di soluzioni volte a migliorare l'accessibilità ai servizi di continuità assistenziale, quali ad esempio l'attivazione del numero unico europeo 116/117.¹

Tali azioni rappresentano solo una parte di quelle stilate dal ministero della salute e si basano soprattutto su una stretta interazione funzionale fra ospedale e territorio con una definizione dei ruoli e delle reti sia ospedaliere che territoriali. (13)

3.3 ORGANIZZAZIONE DEI FLUSSI DI TRATTAMENTO

Dopo aver delineato i tempi di attesa e di rivalutazione del paziente, il documento prosegue delineando l'organizzazione dei flussi di trattamento. Particolare importanza viene data ai percorsi rapidi di See and Treat e di Fast Track, richiedendo inoltre che ci siano dei percorsi appositi per patologie

¹ CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 24.11.2016: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117".

tempo-dipendenti come SCA, stroke e trauma grave, e per condizioni particolari di fragilità e vulnerabilità. (15)

L'infermiere, infatti, una volta assegnato il codice di Triage, può attivare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale più adeguato tra quelli previsti.

Il See and Treat è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici condivisi per il trattamento di problemi clinici preventivamente definiti. Il paziente viene preso in carico in una determinata area del pronto soccorso dall'infermiere in possesso di formazione specifica che applica le procedure previste da protocolli condivisi e validati e può essere autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci.

I protocolli devono prevedere inoltre, modalità di rivalutazione del paziente atti a garantire che al mutare della condizione clinica, il paziente possa essere reinserito nel percorso assistenziale di Pronto Soccorso.

Il Fast Track invece, viene utilizzato nelle urgenze minori che richiedono consulenza specialistica (ad es. oculistica, odontoiatrica, ginecologica, dermatologica). Anche per questo percorso l'attivazione parte dal triage e viene condotta sulla base di specifiche linee guida e protocolli validati che consentono di inviare il paziente direttamente alla specialista competente.

L'adozione di tali modelli clinici-organizzativi può valorizzare ulteriormente la funzione di Triage, migliorando inoltre l'appropriatezza di trattamento grazie alla possibilità di attivazione di percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei PS. (6)

Vengono sottolineati inoltre quali siano i requisiti organizzativi (strutturali, tecnologiche, risorse umane necessarie), le metodologie per ridurre il rischio clinico (protocolli e procedure, documentazione clinica e monitoraggio eventi sentinella) e i requisiti per gli infermieri di triage.

Per ridurre il rischio clinico, il sistema dei protocolli, si democratizza in quanto devono essere elaborati da un "gruppo interdisciplinare (medici e infermieri esperti)" e devono essere approvati congiuntamente "dal responsabile medico e infermieristico del servizio" e "adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte".

Sul versante delle competenze, invece, si stabilisce che l'infermiere "può essere specificamente autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci, all'esecuzione di prelievi ematici e all'inizio di trattamenti, qualora queste attività siano previste da protocolli interni" senza alcuna prescrizione medica o, più correttamente, con una prescrizione medica vicariata dai protocolli.

I protocolli possono dunque prevedere:

- la somministrazione di alcuni farmaci;

- l'esecuzione di prelievi ematici;
- l'inizio di trattamenti.

3.4 ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO PEDIATRICO

Nei Pronto Soccorso generalmente il bambino viene accolto con accesso indifferenziato per adulti e bambini e la prima assistenza è fornita da personale senza formazione. (1)

Per garantire una maggiore presa in carico anche del bambino, nelle nuove linee di indirizzo si tiene conto della specificità del Triage pediatrico. L'infermiere infatti, specificatamente formato, effettua una valutazione oggettiva e soggettiva del bambino per l'assegnazione del codice priorità alla visita medica avvalendosi di specifiche griglie, scale di valutazione e protocolli validati e condivisi specifici per fasce di età. (6)

3.5 STANDARD ORGANIZZATIVI

È importante che il triage si adegui al modello globale, fondato su un approccio olistico della persona, in cui tutti gli elementi significativi vengono presi in considerazione. Per tale motivo l'organizzazione specifica del sistema deve garantire la presa in carico della persona dal momento in cui arriva nella struttura; assicurare la sua valutazione da parte di un infermiere formato e

l'assegnazione del codice di priorità in base ai suoi bisogni di salute, le sue necessità di cura e al possibile rischio evolutivo. Inoltre, è necessario contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita tramite l'attivazione di particolari percorsi di valutazione; fornire assistenza ed informazioni comprensibili sia agli assistiti che agli accompagnatori. L'organizzazione del Triage deve salvaguardare le esigenze di tutte le persone che accedono alle cure in emergenza urgenza. (6)

Ogni organizzazione deve realizzare protocolli relativi al trattamento dei quadri sintomatologici più frequenti e di maggiore complessità che devono essere condivisi con il responsabile di Struttura e di Dipartimento, e organizza attività utili alla verifica periodica della loro attuazione.

3.6 REQUISITI STRUTTURALI

Nella definizione e progettazione degli spazi, si deve tener conto della tipologia di ospedale e della metodologia del processo di Triage. È dimostrato infatti che la rispondenza dell'ambiente a criteri estetici e di comfort influisce sul clima e sulla motivazione sia dei componenti dell'organizzazione che delle persone che si rivolgono ad essa.

Il ministero evidenzia infatti dei requisiti che dovrebbero appartenere a tutte le strutture e costituire la piattaforma base su cui lavorare.

“Le aree triage devono essere chiaramente ed immediatamente identificabili per tutti coloro che accedono al Pronto soccorso e dovrebbero permettere un controllo completo dell’ingresso dei pazienti, barellati e non e delle ambulanze, nonché dei pazienti in attesa di visita. I locali di attesa devono permettere una sorveglianza a vista di tutte le persone presenti e, ove possibile, è opportuno prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza. Se possibile è utile identificare nell’area di triage uno spazio dove poter assistere, intervistare e valutare i pazienti più complessi garantendo loro la dovuta riservatezza”. (8)

L’area di triage deve essere in posizione strategica; la sua centralità rispetto all’ingresso di pedoni e veicoli, consente di essere il primo luogo che viene individuato da chiunque arrivi al pronto soccorso e garantisce all’infermiere il costante controllo degli arrivi e la possibilità di intervenire in maniera tempestiva. Inoltre, per essere facilmente identificabile deve essere predisposta una segnaletica chiara e tradotta nelle lingue più diffuse. (1)

La zona dovrebbe essere progettata per tre tipologie di pazienti, in quanto appare rilevante requisito di qualità l’organizzazione suddivisa in triage per pazienti barellati, per pazienti deambulanti e per pazienti pediatrici. Già il D.P.R. 14 gennaio 1997, G.U. 20 febbraio 1997 prevede un locale attesa utenti

deambulanti ed un locale attesa utenti barellati. In quest'ultimo potrebbe esservi una stazione telematica (computer) per effettuare il triage barellati.

La valutazione di triage deve essere svolta in ambienti che garantiscano la dovuta riservatezza e la possibilità di effettuare valutazioni e interventi assistenziali in appositi locali. ²

L'organizzazione del Triage deve salvaguardare sia le esigenze dei pazienti non autosufficienti, sia le esigenze dei pazienti autonomi. Per questi ultimi infatti è prevista la sala d'attesa che deve essere molto ampia in quanto deve servire per pazienti ambulanti e per i loro accompagnatori.

Si raccomanda che i locali d'attesa del Pronto Soccorso siano realizzati in modo da poter essere sorvegliati. Infatti, per le grandi strutture, è auspicabile un infermiere specificatamente addetto a sorvegliare la sala d'attesa, assicurare i pazienti non ancora visitati, vigilare sulla potenziale evoluzione in aggravamento dei disturbi precedentemente segnalati in sede di triage e la presenza di una figura addetta alla sicurezza (dei visitatori e degli operatori). (1) E' necessario che da questa sala d'attesa siano rapidamente accessibili i servizi igienici, sia funzionante un punto acqua e vi siano cabine telefoniche.

Vanno individuati spazi e locali per l'attesa dei pazienti pediatrici, affetti da malattia contagiosa, riservate a persone in condizione di fragilità e vittime di

² Legge 675/96 e D.Lgs. 30 giugno 2001 n.196

abuso; locali per gli assistenti sociali, per la comunicazione dei lutti o delle gravi malattie. (6)

3.7 RISORSE TECNOLOGICHE

Per l'attività di triage occorre disporre attrezzature e materiale dedicato. Si parla di oggetti utili per la valutazione dei parametri vitali (fonendoscopio, sfigmomanometro, termometro, saturimetro, monitor multifunzione ecc.), per l'esecuzione di alcune procedure diagnostiche semplici (glucometro, elettrocardiografo, stick urine ecc.), per medicazioni provvisorie e per l'eventuale immobilizzazione provvisoria di parti corporee.

È importante disporre barelle e carrozzine che devono essere in numero sufficiente e in un buono stato igienico e di efficienza.

Nell'ambito dei dispositivi tecnologici vanno considerati, con lo scopo di favorire la comunicazione sia all'interno che all'esterno del servizio, i telefoni anche con linee preferenziali, l'interfono ed eventuali telecamere a circuito chiuso.

L'informatizzazione e la dotazione tecnologica presentano delle criticità in quanto è il computer a decidere il codice da assegnare al paziente sulla base dei dati inseriti. Ciò porta ad una elevata percentuale di sovrastima, scarsa autonomia e scarso rispetto della professionalità. In alcune realtà però il

programma informatico è di supporto all'operatore che registra le proprie scelte e valutazioni, avvalendosi di ausili on line per consultare linee guida e protocolli. (1)

3.8 FORMAZIONE INFERMIERE

Poiché il triage rappresenta una delle maggiori espressioni di autonomia professionale è importante riportare la prima norma relativa all'attività infermieristica ovvero il D.M. 739/1994 istitutivo del profilo professionale, secondo il quale l'infermiere è il responsabile dell'assistenza infermieristica, per cui l'attività di triage rientra tra le sue funzioni.

Di tale decreto è bene citare i primi tre punti dell'art. 1 comma 3 secondo cui l'infermiere:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico. (16)

Con l'accordo tra il Ministero della salute e le regioni del 25 ottobre del 2001 si adottano dei criteri specifici riguardo al triage intraospedaliero e al personale infermieristico. Viene definito in maniera dettagliata che la funzione di triage:

“deve essere svolta dal personale infermieristico specificatamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso ed in grado di considerare i segni e i sintomi del paziente per identificare le condizioni potenzialmente pericolose per la vita e determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica [...]”

(17)

La formazione continua e l’addestramento del personale quindi rappresentano lo strumento per garantire la sicurezza delle cure e la gestione del rischio.

I requisiti minimi che deve possedere l’infermiere per svolgere attività di triage sono:

- titolo di studio e abilitazione alla formazione di infermiere, infermiere pediatrico;
- almeno 6 mesi di esperienza lavorativa in Pronto Soccorso;
- corsi di addestramento nel supporto vitale di base, anche pediatrico.

La formazione al triage si articola dunque in due fasi distinte tra loro: la formazione iniziale abilitante e la formazione permanente.

La formazione abilitante prevede un corso teorico che permette l’acquisizione delle conoscenze di base necessarie allo svolgimento dell’attività di triage. Ha una durata minima di 16 ore e prevede ambiti formativi come la metodologia di triage fondamentale per permettere l’acquisizione di un certo rigore

metodologico da parte degli operatori; l'acquisizione di capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche; l'approfondimento di aspetti legati all'autonomia ed alla responsabilità professionale; acquisizione di competenze nell'individuazione e gestione dei principali problemi del Triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della sua famiglia e della metodologia per la progettazione l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in Triage . (6)

Terminato il corso teorico con esito positivo, è necessario un periodo di affiancamento di durata non inferiore a 36 ore, in cui il professionista svolge sul campo l'attività di triage seguito da un tutor esperto. L'obiettivo principale di tale fase è l'acquisizione di abilità operative che consistono nell'applicare praticamente ciò che si è appreso a livello teorico. Durante questo periodo è previsto un percorso articolato in 4 fasi: Osservazione, Collaborazione, Autonomia, Valutazione finale.

La formazione permanente invece è realizzata al fine di mantenere adeguate performance dei professionisti e del sistema organizzativo. E' importante l'aggiornamento professionale e che gli infermieri effettuino con una certa frequenza attività formative al fine di perseguire alcuni obiettivi fondamentali come l'acquisizione di nuove competenze o l'approfondimento di temi specifici, la costante riflessione degli operatori sulla qualità delle proprie

conoscenze e sull'attività di triage o semplicemente l'aggiornamento professionale degli operatori.

Questa formazione è possibile attraverso attività di “formazione permanente” come corsi aziendali monotematici, attività di studio e ricerca, partecipazione a corsi esterni e congressi, riunioni di gruppo e condivisioni di esperienze con altre realtà. (1)

Nei Pronto Soccorso generali cui afferiscono pazienti pediatrici è altresì necessaria la frequenza di un corso sul Triage pediatrico di almeno 6 ore. Per quanto riguarda gli ambiti pediatrici le attività formative sono svolte da istruttori certificati in Triage pediatrico.

Se la struttura conta più di 25mila accessi l'anno, l'infermiere addetto al triage deve dedicarsi in maniera esclusiva a tale funzione; nelle strutture più piccole, invece, il triage può essere comunque previsto ma il soggetto incaricato di gestirlo può svolgere anche altre mansioni. (6)

Infine, per accogliere i cittadini che arrivano al Pronto Soccorso si reputa opportuno formare, in qualità di counselor, più unità di personale e disporre di una funzione di psicologia aziendale che possa intervenire nelle situazioni più complesse che richiedono un contributo specialistico, sia per sostenere un'equipe assistenziale sia per la presa in carico di eventi critici.

CONCLUSIONI

Il sistema del triage risulta essere l'unico strumento valido per accettare il paziente che arriva al pronto soccorso, in quanto ci permette di rilevare la gravità della sua patologia.

L'obiettivo principale di questo sistema è appunto la ricerca del paziente in imminente pericolo di vita.

Con l'organizzazione attuale dei nostri pronto soccorso, si rischia di perdere questa prerogativa e quindi occorre inventare un nuovo modo di fare triage per garantire maggiormente la presa in carico del paziente e la sua rivalutazione durante l'attesa del completamento del percorso assistenziale.

Il nuovo sistema, infatti, che consiste nel passaggio al codice numerico per focalizzare l'attenzione sulla clinica, può migliorare la fase di valutazione del paziente, ma per essere veramente efficace deve prevedere una revisione dell'organizzazione del lavoro nelle strutture favorendo l'adozione di fast track, see&trat e formazione continua del personale.

Il triage è senza dubbio un momento importante nell'assistenza e nell'analisi delle condizioni del paziente. Per questo motivo risulta necessario approfondire ogni fase di tale processo, al fine di aggiornare e migliorare un sistema indispensabile nel primo approccio al paziente, che condiziona inevitabilmente il percorso di quest'ultimo.

E' un aspetto che è in continuo miglioramento al fine di garantire un livello sempre maggiore di assistenza.

Il paziente, dovrebbe sentirsi accolto e compreso nei suoi bisogni assistenziali rispettando i tempi di attesa previsti.

Si può dire quindi che la nuova proposta focalizza la sua attenzione sulla figura del paziente cercando di ottimizzare le prestazioni erogate attraverso nuovi modelli di gestione.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. **Gruppo Formazione Triage.** Triage Infermieristico. III. Milano : McGraw-Hill Companies, 2010.
2. **P.A.Solaro.** Istruzione sul servizio degli infermieri militari in campagna. Brescia : tipografia Gilberti, 1863.
3. **Gruppo Formazione Triage.** Cenni Storici. [Online] 31 01 2015.
<https://www.triage.it/index.php/triage/cenni-storici>.
4. **D.P.R.1992.** Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.. 1992.
5. **Gruppo Formazione Triage.** Il Triage in Pronto Soccorso. 2003.
6. **Ministero della Salute.** Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. [Online] 2019.
7. **Canova.** Che cos'è il Triage Infermieristico. Nurse24. [Online] 17 03 17.
<https://www.nurse24.it>.
8. Raccomandazione n.15. **Ministero della Salute.** 2013.
9. **Gruppo Formazione Triage.** Codici di priorità. [Online] 31 01 2015.
<https://www.triage.it/index.php/triage/definizione/34-triage>.
10. DM 15 maggio 1992. **Ministro della Sanità.** 1992.
11. **Nursind.** Nuovi codici Triage Pronto Soccorso. [Online] 08 08 2019.
<https://www.infermieristicamente.it/>.

12. **American College of Emergency Physicians.** Crowding. s.l. : Annals of Emergency Medicine, 2006.
13. Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento nel pronto soccorso. **Ministero della Salute.** 2019.
14. Sovraffollamento in Pronto Soccorso. **Rastelli G., Cavazza M., Cervellin G.** 2, s.l. : Emergency Care Journal, 2010.
15. **Canova.** Organizzazione dei flussi di trattamento. Nurse 24. [Online] 18 06 2019. <https://www.nurse24.it>.
16. D.M. 14 settembre 1994, n.739. **Ministro della Sanità.** Gazzetta Ufficiale : s.n., 1996.
17. Art. 1. **Ministro della Sanità.** Gazzetta Ufficiale : s.n.
18. **Coordinamento nazionale triage di pronto soccorso.** linee di indirizzo per l'attività di triage di pronto soccorso. [Online] 07 2012.
19. Sanità, nuovi codici al pronto soccorso. **Repubblica, la.** 2019.