



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Ostetricia

**IL PRONTO SOCCORSO OSTETRICO:  
ANALISI DEL SISTEMA DELL'EMERGENZA-URGENZA  
E DEL RUOLO DELL'OSTETRICA TRIAGISTA**

Relatore: Chiar.ma  
**Fermani Laura**

Tesi di Laurea di:  
**Iuso Marianna**

A.A. 2020/2021

# INDICE

RIASSUNTO .....	1
INTRODUZIONE .....	3
1. IL SISTEMA DI TRIAGE E LE SUE ORIGINI .....	5
1.1. Etimologia e Storia .....	5
1.2. Riferimenti normativi .....	7
1.3. I requisiti del sistema di emergenza-urgenza e l'organizzazione territoriale.....	22
2. IL MODELLO DI TRIAGE: DALLA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE ALL'ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE .....	29
2.1. Obiettivi e fasi del processo di triage.....	29
2.2. Il sistema di codifica: l'attribuzione del livello di priorità assistenziale.....	35
2.3. I percorsi terapeutici successivi al Pronto Soccorso.....	42
2.4. Le figure professionali ed il percorso formativo.....	45
3. IL TRIAGE OSTETRICO-GINECOLOGICO.....	52
3.1. L'importanza del Triage Ostetrico-Ginecologico per il raggiungimento degli standard di cura.....	52
3.2. Normativa di riferimento.....	57
3.3. La professione ostetrica e la formazione in ambito di Triage .....	69
3.4. I requisiti del Sistema di Triage Ostetrico-Ginecologico .....	73
3.5. Il processo di Triage Ostetrico-Ginecologico: dai codici colore ai successivi percorsi diagnostico-terapeutici .....	82
CONCLUSIONI .....	95
ALLEGATI .....	96
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	99
RINGRAZIAMENTI .....	108

## RIASSUNTO

Con questo progetto di tesi si è voluto analizzare uno specifico componente del Sistema di risposta all’Emergenza-Urgenza sul territorio, ovvero, lo strumento di Pronto Soccorso e la sua trasposizione in ambito ostetrico-ginecologico. Attraverso i capitoli dell’elaborato è possibile studiarne il funzionamento ed addentrarsi all’interno del suo modello organizzativo, con l’ulteriore scopo di elevare la figura professionale dell’Ostetrica a legittimo ed adeguato operatore sanitario responsabile della sua corretta attuazione. Per comporre tale elaborato è stata svolta una revisione sia della letteratura, che della normativa vigente, non solo prettamente riguardanti il modello di Triage di Pronto Soccorso, ma anche relative alle figure professionali implicate nella sua realizzazione, ovvero quella Infermieristica ed Ostetrica. Per arricchire il quadro di riferimento al Pronto Soccorso si è proseguito con l’analisi sia di tutti i requisiti tecnico-strumentali ed organizzativi ad esso associati, sia della formazione richiesta agli operatori sanitari incaricati di svolgere l’attività di Triage. Considerando l’importanza ricoperta dalla fase d’assegnazione di un codice di priorità assistenziale corrispondente alla gravità della sintomatologia clinica manifestata dai pazienti, si è proceduto all’analisi dell’evoluzione della codifica utilizzata. Infatti, la normativa ad essa associata è andata sempre più aggiornandosi negli anni, fino ad arrivare all’emanazione, nel luglio 2021, di una delle ultime disposizioni del Ministero della Salute. In conclusione, sono anche stati trattati i percorsi terapeutici verso i quali i pazienti vengono indirizzati una volta conclusa la loro valutazione. Tutte le informazioni utilizzate si sono rivelate utili per sostenere e rafforzare l’idea alla base della stesura della tesi, ovvero, il fatto di reputare la figura professionale Ostetrica come unica in grado ed in dovere di gestire il Sistema di Triage Intraospedaliero Ostetrico-Ginecologico. Uno strumento assistenziale così importante e potente, fondato sulla volontà di elargire cure sanitarie efficienti ed impregnate di perizia, dovrebbe essere diretto, infatti, da personale adeguatamente formato. Come effettivamente chiarito dai Profili Professionali e dai Codici Deontologici sia della Professione Infermieristica, che di quella Ostetrica, soltanto quest’ultimo operatore sanitario ha le giuste competenze per svolgere, ad esempio, alcuni degli esami strumentali più impattanti a livello diagnostico-

terapeutico. È perciò logico dedurre che debba essere la figura dell'Ostetrica/o a gestire il Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico. Attraverso l'analisi delle fonti, però, è anche possibile notare quanto poco ancora si investa su tale figura professionale. Fine ultimo di questo elaborato è, dunque, quello di incentivare un cambio di rotta gestionale da parte di tutte le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia dotate di un corrispondente Pronto Soccorso, volto a promuovere l'inserimento di un maggior numero di Ostetriche ed Ostetrici nell'ambito dell'emergenza/urgenza.

## INTRODUZIONE

La ragione alla base di questo progetto di tesi sta nel voler focalizzare l'attenzione su uno dei requisiti essenziali per la corretta assistenza ospedaliera verso i pazienti, ovvero, il primo contatto fra l'utente e il personale sanitario. Infatti, è a partire dalla prima valutazione sul paziente che andrà evolvendosi l'iter diagnostico-terapeutico che determinerà la qualità delle prestazioni a lui erogate. Per questo, l'elaborato si occupa di analizzare il Sistema di Triage Intraospedaliero per la risposta alle Emergenze-Urgenze, partendo dalle sue origini fino ad approdare alle sue più recenti applicazioni in campo ostetrico-ginecologico e di chiarire la legittimità del ruolo di triagista ricoperto dalla figura professionale Ostetrica. Tramite lo studio della normativa vigente si è potuto risalire ad uno dei primi documenti finalizzati ad organizzare il funzionamento dell'assistenza ospedaliera, ovvero il Decreto del Presidente della Repubblica n. 128 del 27 marzo 1969 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri". Esso rappresenta l'ingranaggio a partire dal quale il Sistema di Triage verrà regolamentato negli anni a seguire, passando attraverso il Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alla Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", fino ad arrivare alle ultime disposizioni contenute all'interno delle "Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero" del 2019. Proprio analizzando i riferimenti normativi è possibile dedurre quanto l'istituzione del Sistema di Triage Ostetrico-Ginecologico sia attuale e quanto sia difficile trovarlo totalmente gestito dall'unica figura professionale che ne rafforzerebbe la validità, ovvero quella Ostetrica, poiché dotata della formazione necessaria ed idonea al suo corretto svolgimento. Nel corso degli ultimi anni, come è possibile evincere sia dall'indagine ISTAT relativa alla salute riproduttiva della donna, sia dallo studio delle informazioni risalenti al Rapporto sul Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), entrambi effettuati nel 2017, si è assistito ad un aumento sostanziale dell'età media delle donne durante la prima gravidanza e ad un parallelo incremento di alcune patologie ad essa associate. Questi fattori hanno comportato l'aumento degli accessi in Pronto Soccorso attribuibili a pazienti gravide, chiarendo l'esigenza dell'attuazione del modello di Triage Ostetrico-Ginecologico all'interno delle Unità Ospedaliere, quale unico strumento in grado di assicurare alti standard di cura. Da quest'ultimo passaggio è

possibile raggiungere il cuore dell'elaborato, ovvero, solamente valorizzando un potente strumento assistenziale come il Sistema di Triage Ostetrico-Ginecologico e la figura professionale Ostetrica implicata nel suo svolgimento e promuovendone l'offerta all'utenza, sarà possibile contribuire al rispetto del senso stesso della tutela della salute del singolo.

# CAPITOLO 1. IL SISTEMA DI TRIAGE E LE SUE ORIGINI

## 1.1 ETIMOLOGIA E STORIA

L'origine della parola Triage deriva dal francese *trier* che sta ad indicare una selezione, un processo di smistamento<sup>1</sup>. A partire da questa base etimologica, risulta quindi comprensibile perché sia stato scelto il termine Triage per indicare il processo di cernita applicato, ad oggi, al sistema di accoglienza dei pazienti negli ospedali e, in passato, al metodo col quale venivano curati i soldati.

Infatti, l'odierno Triage ha radici antiche riconducibili alle guerre napoleoniche combattute nel 1700. Colui che può esserne considerato il fondatore fu il chirurgo capo dell'armata francese Jean Dominique Larrey, il quale si rese conto dell'importanza di doversi avvalere di un metodo preciso per la valutazione delle condizioni di salute dei soldati nel campo di battaglia. Il meccanismo di soccorso che mise in atto aveva come scopo quello di riconoscere repentinamente i soldati meno gravi che, se curati in tempi brevi, avrebbero potuto essere ancora utili in battaglia. Questo modello venne utilizzato anche in Italia intorno al 1800; gli infermieri militari italiani decisero però di avvalersi di schede di colore rosso e verde da appuntare alle uniformi dei soldati<sup>2</sup>. Le schede permettevano visivamente e quindi, in maniera immediata, di distinguere rispettivamente quali soldati necessitavano di essere allontanati dagli scontri e quali invece, se assistiti, potevano essere ancora in grado di combattere. Proprio grazie all'efficienza e praticità che ne derivarono il Triage, ancora oggi, si fonda su un sistema di codifica a colori. Nel 1900, con l'avvento dell'Industrializzazione, si ebbe una trasposizione del Sistema di Triage dall'ambito

---

<sup>1</sup> Definizione Triage on-line all'URL <https://www.treccani.it/vocabolario/triage/> (ultima consultazione 07/2021)

<sup>2</sup> Il triage infermieristico: una nuova sfida dalle radici antiche; Bellaveglia M. 2011. On-line all'URL [http://www.aif.eu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=235:il-triage-infermieristico-una-nuova-sfida-dalle-radici-antiche&catid=30:didattica-dispense-appunti-ed-altro&Itemid=53](http://www.aif.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=235:il-triage-infermieristico-una-nuova-sfida-dalle-radici-antiche&catid=30:didattica-dispense-appunti-ed-altro&Itemid=53) (ultima consultazione 07/2021)

bellico, all'ambito industriale. Il suo utilizzo risultò necessario per via dei frequenti infortuni sul lavoro, dovuti all'assenza quasi totale di corretti protocolli per la valutazione e gestione del rischio lavorativo.

L'ovvia utilità del Sistema di Triage portò gli Stati Uniti, nel 1960, a scegliere di adottarlo nei singoli ospedali per fronteggiare il grande flusso di pazienti che si recavano ai Pronto Soccorso. Fra i diversi fattori che portarono all'aumento dell'affluenza dei pazienti possiamo citare, ad esempio, l'incremento nella popolazione di patologie acute e croniche che non necessitavano di cure urgenti, l'impatto dell'uso di droghe e l'organizzazione dello stesso sistema sanitario americano. Esso prevede, infatti, che per tutti i cittadini le prestazioni di tipo emergenziale siano gratuite. Dunque, anche chi non disponga dell'assicurazione sanitaria indispensabile per qualsiasi prestazione medica, può accedere al Pronto Soccorso per essere assistito<sup>3</sup>. Per quanto riguarda la realtà italiana, le prime realtà ospedaliere a proporre l'adozione dell'attività di Triage Intraospedaliero furono quelle presenti nelle città di Reggio Emilia, Bologna, Modena ed Udine<sup>4</sup>. Per diversi anni tale Sistema di Triage venne utilizzato in assenza di normative specifiche, fino al 1992, quando venne emanato il Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo. Tale decreto, denominato "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", regola in che modo debba essere strutturato il livello assistenziale intraospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria, su tutto il territorio nazionale.

Nel corso dei secoli quindi, il Sistema di Triage ha subito delle evoluzioni non solo riguardo i suoi ambiti di applicazione, ma specialmente riguardo uno dei suoi obiettivi. In passato, saper distinguere le condizioni dei soldati aveva come scopo quello di curare immediatamente i meno gravi, mentre, ad oggi, riconoscere lo stato di salute di chi accede

---

<sup>3</sup> Il triage infermieristico: una nuova sfida dalle radici antiche; Bellaveglia M. 2011. On-line all'URL [http://www.aif.eu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=235:il-triage-infermieristico-una-nuova-sfida-dalle-radici-antiche&catid=30:didattica-dispense-appunti-ed-altro&Itemid=53](http://www.aif.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=235:il-triage-infermieristico-una-nuova-sfida-dalle-radici-antiche&catid=30:didattica-dispense-appunti-ed-altro&Itemid=53) (ultima consultazione 07/2021)

<sup>4</sup> Milestone 1.3 – Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (Pronto Soccorso e sistema 118); Progetto Mattoni SSN, Ministero della Salute 2007:7- 10.



ai Pronto Soccorso ha come finalità quella di garantire un'assistenza immediata, efficace ed efficiente a chi si trovi in condizioni di emergenza/urgenza, per salvaguardarne la vita. Proprio per questo, oggi, il Triage viene definito come “un processo decisionale, complesso e dinamico, composto da un insieme di azioni necessarie a stabilire la priorità di accesso alla visita medica in pronto soccorso, per garantire tempestiva assistenza a pazienti in condizioni di emergenza/urgenza.”<sup>5</sup>

## 1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI

Per diversi anni, come precedentemente detto, in Italia il Sistema di Triage in ambito intraospedaliero venne adottato in maniera piuttosto “pioneristica” ovvero, scevra da una legislazione ben delineata. Col passare del tempo, vista la necessità sempre più stringente di organizzare gli accessi dei pazienti ai Pronto Soccorso in modo da veicolarli correttamente verso l'iter diagnostico-terapeutico più idoneo, si decise di focalizzare l'attenzione sul servizio di prima accoglienza ed il sistema emergenziale di assistenza ai pazienti. Innanzitutto, quindi, le normative procedettero col puntualizzare che i sistemi di Pronto Soccorso avrebbero dovuto essere, all'interno delle strutture ospedaliere, obbligatori. A tal proposito, è possibile citare il Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969 n. 128 dove, rispettivamente agli articoli 12 e 13, è dichiarato che: “I servizi di diagnosi e cura si distinguono in: servizi previsti obbligatoriamente per tutti gli ospedali, quali il servizio di accettazione, di pronto soccorso, di radiologia, di analisi, di trasfusione, di anestesia e rianimazione e i poliambulatori; [...]” ed è precisato che: “In ogni ospedale deve essere assicurato un continuo servizio di pronto soccorso, coordinato, su prescrizione del piano regionale, con gli altri presidi sanitari locali. Il servizio di pronto soccorso deve disporre, in ogni ospedale, di mezzi di trasporto adeguatamente attrezzati,

---

<sup>5</sup> Milestone 1.3 – Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (Pronto Soccorso e sistema 118); Progetto Mattoni SSN, Ministero della Salute 2007:5.

nonché di mezzi necessari alla diagnosi ed alla terapia, anche strumentale, di emergenza”.<sup>6</sup> A seguito della messa in chiaro dell’obbligatorietà della funzione di Pronto Soccorso, venne emanato il Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alla Regione per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”. Esso aveva come scopo quello di strutturare il sistema di intervento dedicato ad affrontare situazioni di emergenza ed urgenza sanitaria. A tal proposito, infatti, agli articoli 1 e 2 del suddetto Decreto si specifica che il livello assistenziale di emergenza e di urgenza sanitaria deve essere assicurato, con carattere di uniformità, in tutto il territorio nazionale e che le attività di urgenza ed emergenza sanitaria sarebbero state articolate sia su un sistema di allarme sanitario, sia su di un sistema di accettazione e di emergenza sanitaria<sup>7</sup>. In riferimento a quanto appena affermato, prima di procedere all’analisi delle norme relative al Triage, è importante sottolineare che recentemente, con la legge del 7 agosto 2015, n. 124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” si è rivoluzionato il sistema di allarme sanitario così come lo abbiamo sempre conosciuto. Esso, da quanto stabilito nell’articolo 3 del Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992, si avvaleva del numero unico nazionale “118” al quale facevano capo tutte le Centrali Operative distribuite nel territorio e deputate ad assicurare il pronto intervento per i cittadini bisognosi d’assistenza<sup>8</sup>. La rivoluzione apportata dalla legge n. 124 del 2015 consiste nell’introduzione, a livello nazionale, del Numero Unico Europeo (NUE) “112” per la

---

<sup>6</sup> “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri”. Articoli 12 e 13 del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n.128.; pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale n. 104 del 23 aprile 1969.

<sup>7</sup> “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”. Articoli 1 e 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.76 del 31 marzo 1992.

<sup>8</sup> “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”. Articolo 3 del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.76 del 31 marzo 1992.

risposta alle emergenze<sup>9</sup>. Il rationale di tale scelta sta nella volontà di semplificare la richiesta d'assistenza da parte dei cittadini. Infatti, componendo tale numero ed in relazione alle necessità del caso, potranno essere attivati o il servizio delle Forze di Polizia o dell'Arma dei Carabinieri, dei Vigili del Fuoco od ovviamente il Servizio di Emergenza-Urgenza Medica (118). Per quanto riguarda le Marche, componendo il Numero Unico Europeo (NUE) 112 si potrà contattare la Centrale Unica di Risposta (Cur) Marche-Umbria, localizzata proprio nella provincia di Ancona e dedicata alla pianificazione delle risposte alle emergenze sul territorio<sup>10</sup>.

Tornando nuovamente al Sistema di Triage, il Decreto del Presidente della Repubblica del 1992 si concentrò anche sullo specificare quali dovessero essere le prestazioni erogabili dai Pronto Soccorso. L'articolo 7, difatti, afferma che: "L'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto"<sup>11</sup>, mentre all'articolo 8 "Le funzioni del dipartimento di emergenza", troviamo precisato che: "Il dipartimento di emergenza deve assicurare nell'arco delle 24 ore, anche attraverso le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale, oltre alle funzioni di pronto soccorso, anche: interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici; osservazione breve, cardiologica e rianimatoria. Al dipartimento di emergenza sono assicurate le prestazioni analitiche, strumentali e di

---

<sup>9</sup> "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche". Legge 7 agosto 2015, n. 124 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 187 del 13 agosto 2015.

<sup>10</sup> Numero Unico Europeo (NUE) 112; Regione Marche, 30 marzo 2021. On-line all'URL <https://www.regione.marche.it/News-ed-Eventi/Post/73730/Numero-unico-europeo-Nue-112-da-marted%C3%AC-30-marzo-operativo-anche-nella-provincia-di-Pesaro-e-Urbino-Saltamartini-Completata-la-copertura-di-tutte-le-Marche> (ultima consultazione 09/2021)

<sup>11</sup> "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza". Articolo 11 del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.76 del 31 marzo 1992.

immunoematologia per l'arco delle 24 ore giornaliere"<sup>12</sup>. In applicazione di tale Decreto vennero approvate le Linee Guida nazionali n. 1/1996 sul Sistema di Emergenza-Urgenza sanitaria, finalizzate a migliorarne la qualità e la funzionalità. Innanzitutto, all'interno di queste Linee Guida è possibile rintracciare una schematizzazione dell'organizzazione del Sistema di Emergenza, secondo la quale esso si compone di:

1. Un sistema di allarme sanitario, dotato di un numero telefonico di accesso breve ed universale, in collegamento con le varie Centrali Operative;
2. Un sistema di soccorso territoriale;
3. Una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati ed organizzati secondo una gerarchia precisa;

La base su cui tale sistema organizzativo si poggia, è data dalla comunicazione tra le Centrali Operative provinciali, sotto-provinciali e regionali e le strutture ospedaliere distribuite nel territorio, fittamente interconnesse da un valido sistema di trasporto dei pazienti ai vari Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di primo o secondo livello. All'interno delle Linee Guida sono inoltre contenuti i doveri delle Regioni le quali, ad esempio, sono incaricate di istituire Comitati regionali sanitari deputati a programmare le attività del Sistema di Emergenza. Per quanto riguarda le Centrali Operative, all'interno del documento si trovano indicate anche le loro responsabilità, tra cui quella di saper attivare l'intervento più idoneo sul paziente in base all'evento accadutogli e alle sue condizioni di salute. Per quanto concerne le modalità di risposta all'emergenza-urgenza, all'interno delle Linee Guida del 1996 è presente la distinzione di quattro livelli assistenziali, così suddivisi:

- Punti di primo intervento;
- I Pronto Soccorso ospedalieri;
- I Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ed Accettazione (DEA) di primo livello;
- I Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ed Accettazione (DEA) di secondo livello;

---

<sup>12</sup> "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza". Articolo 8 del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.76 del 31 marzo 1992.

Più precisamente, viene chiarito che i servizi di Pronto Soccorso devono svolgere una funzione di accettazione:

1. Per tutti quei casi elettivi e programmati;
2. Per gli accessi non programmati e che non rivestono carattere di emergenza-urgenza;
3. Per tutti i soggetti in condizioni di urgenza differibile;
4. Per tutti quei pazienti che si presentano in stato di urgenza indifferibile;
5. Per i soggetti in condizioni di emergenza;

Per ognuno di loro, il Presidio Ospedaliero sede di Pronto Soccorso dovrà garantire tutti gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi utili alla risoluzione della sintomatologia clinica. Infine, esattamente come espresso dal Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo del 1992, anche nelle Linee Guida n.1/1996 viene specificato che a svolgere la funzione di Triage debbano essere infermieri adeguatamente formati, sotto supervisione di personale medico specializzato nei casi di emergenza-urgenza<sup>13</sup>. All'interno del quadro normativo relativo al Sistema di Triage è necessario inserire anche l'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome del 25 ottobre 2001, il quale si arroga la responsabilità di chiarire alcuni aspetti del sistema di risposta alle situazioni di emergenza-urgenza, basandosi su:

1. Le “Linee Guida sul Triage intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso” del 1996;
2. Le “Linee Guida sulla chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria” del 1996<sup>14</sup>;

---

<sup>13</sup> “Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 114 del 17 maggio 1996.

<sup>14</sup> Accordo 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: “Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia, nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale del 7 dicembre 2001, n. 285.

Tra i due documenti risulta particolarmente rilevante il primo. Al suo interno è possibile individuare una definizione del Sistema di Triage secondo la quale esso rappresenta uno strumento rivolto alla gestione dei pazienti ed anche alla selezione e classificazione delle loro condizioni, sulla base dell'urgenza delle problematiche cliniche manifestate. Inoltre, è importante sottolineare un altro passaggio del documento nel quale viene ribadita la necessità di doversi avvalere di un Sistema di Triage, il quale cita: "A livello ospedaliero, la funzione di Triage deve essere attivata in tutte le unità operative di pronto soccorso-accettazione, purché correlata al numero degli accessi. [...] Tale funzione dovrà essere assicurata in ogni caso e continuativamente in quei presidi con oltre 25.000 accessi per anno [...]". All'interno delle Linee Guida sul Triage intraospedaliero del 1996 è definito anche:

- Quali siano i requisiti che ogni ospedale è tenuto a rispettare per poter mettere a disposizione dei pazienti un valido Sistema di Triage;
- Su quali figure professionali ricadono le responsabilità lavorative;
- Quale sia la schematizzazione del processo di Triage messo in atto dai professionisti sanitari, una volta accolto il paziente<sup>15</sup>;

Esse risultano perciò uno dei pilastri normativi a partire dal quale, nel corso degli anni, si poté arricchire e migliorare il Sistema di Triage partendo dalla sua definizione, fino ad arrivare a toccare caratteri più complessi come, ad esempio, il vero e proprio processo di Triage attuato al momento dell'arrivo del paziente in ospedale. A tal proposito, nel piano normativo relativo al Triage va aggiunto l'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 2019 riguardo i documenti:

1. Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero;
2. Linee di Indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva (OBI);

---

<sup>15</sup> Accordo 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia, nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale del 7 dicembre 2001, n. 285.

### 3. Linee di Indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso;

Le prime Linee di Indirizzo, rappresentando una revisione completa del Sistema di Triage, contengono tutto quello che lo concerne, a partire dalla sua definizione e dalla codifica a cinque colori da utilizzare durante il processo di valutazione dei pazienti, fino ad arrivare all'identificazione di tutti gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici necessari alla sua creazione. Essendo un documento finalizzato alla sua implementazione, all'interno troveremo ribaditi gli obiettivi del Triage e descritte tutte le azioni volte al loro raggiungimento<sup>16</sup>. Il coinvolgimento nell'Accordo del 2019 sia delle Linee di Indirizzo sull'Osservazione Breve Intensiva (OBI), sia relative al Piano per la Gestione del Sovraffollamento risulta necessario, in quanto entrambi i soggetti trattati nei documenti risultano strettamente connessi al Sistema di Triage. L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) rappresenta, infatti, quel percorso terapeutico specifico per pazienti accorsi al Pronto Soccorso ed afflitti da problematiche di salute a complessità moderata, pensato per ridurre il numero dei ricoveri non necessari nei Presidi Ospedalieri e per garantire l'ottimizzazione delle risorse messe a disposizione dei cittadini. Relativamente alle apposite Linee di Indirizzo Nazionali, esse contengono tanto la definizione e le funzioni dell'OBI, quanto i percorsi clinico-assistenziali peculiari per ogni cittadino che accorra al Pronto Soccorso e che necessiti di successivi accertamenti e trattamenti, fino ad arrivare alla formazione richiesta al personale per lo svolgimento dell'attività sanitaria<sup>17</sup>. Infine, per quanto riguarda il fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso, esso risulta particolarmente impattante sul corretto svolgimento del processo di Triage. Viste le gravi conseguenze associate a questo fenomeno, gravanti non solo sui pazienti, ma anche sulla qualità delle prestazioni erogate dal personale sanitario, per individuarne le cause ed elaborare delle strategie per ridurre gli effetti, sono state emanate, per l'appunto, le "Linee di Indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso".

---

<sup>16</sup> "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero". Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019.

<sup>17</sup> "Linee di Indirizzo nazionali dell'Osservazione Breve Intensiva – OBI", Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute 2019.

Sostanzialmente, le attività proposte per mitigare il fenomeno si focalizzano sul corretto riconoscimento delle condizioni cliniche dei pazienti che fluiscono al Pronto Soccorso e sulla definizione di programmi assistenziali finalizzati a facilitare sia il processo di dimissione di quei pazienti che non necessitano di stretta sorveglianza, sia il processo di inserimento in percorsi clinici paralleli per tutti coloro per i quali sarebbero sufficienti semplici prestazioni ambulatoriali<sup>18</sup>. Ripercorrendo a ritroso i riferimenti normativi legati al Sistema di risposta sanitaria all’Emergenza-Urgenza, è possibile individuare sia il Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”<sup>19</sup>, sia l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 07 febbraio 2013 relativo alle “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza, in rapporto alla continuità assistenziale”. Questo documento rappresenta, metaforicamente, un tappeto normativo per i documenti di cui sopra, poiché si occupa di fornire indicazioni volte a migliorare il settore delle cure erogate dai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA). All’interno del testo infatti, facendo nuovamente riferimento al fenomeno del sovraffollamento dei Pronto Soccorso, per poter garantire a tutti i cittadini una solida rete di cura si propongono azioni utili ad equilibrare e connettere tutti i servizi sanitari territoriali ed ospedalieri. Proprio per questo, è specificato che all’interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ed Accettazione (DEA) dovrebbero essere presenti tanti percorsi assistenziali quanti sono i codici colore associati alle patologie presentate dai pazienti, in modo da inviare coloro che non risultano in condizioni di emergenza od urgenza indifferibili verso iter idonei d’assistenza primaria, tra i quali è possibile individuare l’Osservazione Breve Intensiva<sup>20</sup>. Utilizzando l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le

---

<sup>18</sup> “Linee di Indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso”. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute 2019.

<sup>19</sup> “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”. Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 214 del 13 settembre 2012.

<sup>20</sup> Accordo 07 febbraio 2013, ai sensi dell’articolo 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza/urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”. On-line all’URL [http://www.nursindpecscara.org/images/stories/Riorg\\_EmergUrgenza\\_7\\_febbraio\\_2013.pdf](http://www.nursindpecscara.org/images/stories/Riorg_EmergUrgenza_7_febbraio_2013.pdf)



Province autonome del 07 febbraio 2013 come collante normativo, è possibile inserire tra le disposizioni relative ai percorsi assistenziali successivi alla valutazione in Pronto Soccorso, la Delibera n. 958 del 17 dicembre del 2007: “Proposta di sperimentazione del modello “ See and Treat” in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori”. Questo modello, ampiamente adottato del Servizio Sanitario Nazionale Inglese, rappresenta una soluzione assistenziale e terapeutica per tutti quei pazienti i quali necessitano di accertamenti diagnostici semplici. In Italia, grazie alle linee di miglioramento dei Pronto Soccorso promosse nel corso degli anni, tale strumento assistenziale sta a man mano espandendosi<sup>21</sup>. Il modello *See and Treat* prevede, secondo anche quanto stabilito dalle “Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero” del 2019, che i pazienti vengano indirizzati verso aree adiacenti al Pronto Soccorso gestite da personale infermieristico adeguatamente formato, il quale ultimerà il percorso assistenziale previa consultazione medica. Così facendo si otterrà una riduzione sostanziale dei tempi di attesa e permanenza nei Pronto Soccorso di tutti quei cittadini in condizioni di urgenza minore. Un ulteriore strumento di risposta assistenziale, basato sugli stessi scopi del precedente, è il *Fast Track*, ovvero, una sottocategoria del *See and Treat*. Infatti, il *Fast Track* viene attivato per tutti quei pazienti afflitti da problematiche semplici, ma monospecialistiche come, ad esempio, quelle ginecologiche/ostetriche<sup>22</sup>. Riguardo la sfera ostetrico-ginecologica, riferimenti normativi importanti relativi alle possibilità assistenziali a disposizione delle pazienti sono le “Le Linee di indirizzo sull’organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN)” del 19 dicembre del 2014, alle quali, per la Regione Marche nello specifico, si affianca la Delibera della Giunta regionale n.847 del 12/07/2014 relativa proprio all’attivazione di tali servizi. Il sistema di trasporto materno assistito e il sistema di trasporto in emergenza del neonato rappresentano delle opportunità molto importanti per i pazienti, poiché permettono il loro trasferimento tra Presidi Ospedalieri di livello maggiore o minore, in base alla

---

<sup>21</sup> “Proposta di sperimentazione del modello “See and Treat” in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori”. Deliberazione 17 dicembre 2007, n. 958. On-line all’URL <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3571141.pdf>

<sup>22</sup> “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”. Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:15- 6.

gravità della sintomatologia clinica riscontrata dagli operatori sanitari durante l'accesso ai Pronto Soccorso o nel corso del ricovero<sup>23</sup>. In questo modo, si riuscirà a calibrare l'assistenza per ogni donna in gravidanza o per ogni feto o neonato che presentino dei fattori di rischio o delle problematiche cliniche importanti.

Facendo invece riferimento in modo specifico al processo di Triage, è importante inserire tra le norme la Raccomandazione del 15 febbraio 2013 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso”, emanata dal Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Scopo di tale Raccomandazione è quello di prevenire l'insorgenza di eventi avversi ed anche, di ridurre al minimo effetti conseguenti ad una scorretta attribuzione del codice triage da parte dell'équipe di Pronto Soccorso, incoraggiando l'adozione di misure organizzative, formative ed assistenziali appropriate<sup>24</sup>. Visto il grande impatto della codifica a colori sulla buon riuscita del processo di Triage, è doveroso tracciare un profilo normativo finalizzato al suo perfezionamento. Inizialmente, stando a quanto definito dal Decreto ministeriale 15 maggio del 1992 “Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”, le uniche colorazioni accettate erano quattro:

1. Codice Rosso: paziente molto critico richiedente un intervento in emergenza;
2. Codice Giallo: paziente mediamente critico da sottoporre ad un intervento indifferibile;
3. Codice Verde: paziente poco critico, il cui trattamento può essere differibile;

---

<sup>23</sup> “Linee di indirizzo sull'organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN)”. Comitato Percorso Nascita Nazionale, Direzione generale della prevenzione sanitaria – Direzione generale della programmazione Sanitaria. Ministero della Salute del 19 dicembre 2014.

<sup>24</sup> “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso”. Raccomandazione n.15 del febbraio 2013.

4. Codice Bianco: paziente non critico, per il quale, con ragionevole certezza, non c'è necessità di intervenire in tempi brevi<sup>25</sup>;

Tale codifica a colori venne riconfermata dalle “Linee guida sul Triage intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente al pronto soccorso” del 1996, contenute all'interno dell'Accordo del 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di “Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria”. Importanti novità riguardo i codici colore si ebbero con l'emanazione delle “Linee d'Indirizzo per l'attività di Triage di Pronto Soccorso” proposte dal Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso nel luglio 2012. In questo documento, infatti, non solo vennero modificate le colorazioni associate alle patologie dei pazienti, ma ad ognuna di esse venne anche affiancato un codice numerico. Nello specifico, al codice giallo venne sostituito l'arancione e, inoltre, venne aggiunto anche il cosiddetto “Codice Azzurro” per le urgenze differibili, per un totale di cinque codici di gravità<sup>26</sup>. La precedente codifica è stata poi riproposta all'interno delle più recenti “Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero” del 2019. L'ultima rivoluzione del sistema di codifica si è avuta recentemente con il Documento del Ministero della Salute “Specifiche funzionali dei tracciati di 118 e Pronto Soccorso” del mese di luglio 2020, il quale sancisce che dal primo gennaio 2021, la codifica che i professionisti sanitari dovranno utilizzare sarà la seguente:

- Codice Rosso o T1: emergenza
- Codice Arancione o T2: urgenza
- Codice Azzurro o T3: urgenza differibile
- Codice Verde o T4: urgenza minore
- Codice Bianco o T5: non urgenza
- Prestazione di Osservazione Breve Intensiva (OBI) o T6
- Codice Nero o TN: paziente deceduto

---

<sup>25</sup> “Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”, Accordo ministeriale 15 maggio 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.121 del 25 maggio 1992.

<sup>26</sup> “Linee d'indirizzo per l'attività di Triage di Pronto Soccorso”, proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, luglio 2012:5- 6.

- Codice non eseguito o TX: soltanto per la comunicazione di quelle prestazioni effettuate dai Punti di Primo Intervento<sup>27</sup>

Una parte cospicua del quadro normativo riferito al Sistema di Triage è rivolta poi alla regolamentazione del ruolo svolto dai professionisti sanitari. Come affermato nel Decreto del Presidente della Repubblica del 1992, la responsabilità operativa di tutto l'iter di Triage ricade sulla figura dell'infermiere, il quale svolge le proprie mansioni sotto la supervisione dei medici d'emergenza/urgenza in servizio<sup>28</sup>. I pilastri normativi senza i quali tali disposizioni non sarebbero state possibili, sono rappresentati da:

- La legge 42 del 1999 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”;
- La legge 10 agosto del 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica”;
- Il Profilo Professionale infermieristico;
- Il Codice Deontologico delle professioni infermieristiche;

L'insieme di tali documenti, tutti finalizzati a valorizzare l'autonomia e la legittimità d'agire non solo della figura professionale infermieristica, ma anche ostetrica, rivoluziona il concetto di “atto sanitario” rendendolo non più coincidente con il solo “atto medico”, ma uguale all'insieme delle prestazioni svolte da professionalità sanitarie parimenti competenti<sup>29</sup>. Proprio a conferma di quanto detto, nella legge 42 del 1999 troviamo l'abrogazione di quanto contenuto nel Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo

---

<sup>27</sup> [Allegato n. 1 Giunta Regionale Regione Marche](#)

<sup>28</sup> “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.76 del 31 marzo 1992.

<sup>29</sup> Leardi C. Come e perché è nata la legge 251/2000; 2020. On-line all'URL <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/come-e-perche-e-nata-la-legge-251-2000.html> (ultima consultazione 10/2021)

1974, n. 225<sup>30</sup>, ovvero del mansionario sia dell'infermiere professionale specializzato, sia del cosiddetto infermiere generico<sup>31</sup>. Inoltre, all'articolo 1 della legge 42 del 1999 la denominazione "professione sanitaria ausiliaria", decisa per la prima volta nel Testo Unico delle leggi sanitarie che venne approvato con il Decreto, ancora vigente, del 27 luglio del 1934, n.1265 e presente poi in ogni altra disposizione di legge, venne ufficialmente sostituita con la denominazione "professione sanitaria"<sup>32</sup>. Altri passaggi importanti sono contenuti dal primo comma dell'articolo 1 della legge del 10 agosto 2000, n.251, il quale afferma che: "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitarie ostetrica, svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva [...]"<sup>33</sup> e dall'articolo 1 del primo capo del Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, dove si stabilisce che ogni azione svolta della figura professionale infermieristica sarà basata su consapevolezza, autonomia e responsabilità"<sup>34</sup>.

Tra le norme di riferimento, il Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206: "Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania" merita un'analisi a sé stante. Questo documento disciplina il riconoscimento all'interno degli Stati membri dell'Unione Europea delle qualifiche professionali acquisite da diverse professioni sanitarie, tra cui quella dell'Infermiere generico e dell'Ostetrica/o, al fine di permetter loro di esercitare la

---

<sup>30</sup> "Disposizioni in materia di professioni sanitarie". Legge 26 febbraio 1999, n. 42 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 50 del 02 marzo 1999.

<sup>31</sup> "Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici". Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 157 del 18 giugno 1974.

<sup>32</sup> "Disposizioni in materia di professioni sanitarie". Articolo 1 della Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 50 del 02 marzo 1999.

<sup>33</sup> "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". Articolo 1, comma 1 della Legge 10 agosto 2000, n.251. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 208 del 06 settembre 2000.

<sup>34</sup> Mangiacavalli B., Pulimeno A. M. L., Mazzoleni B., et al. Codice Deontologico delle professioni infermieristiche;2019.

professione nello Stato membro d'appartenenza. Nel Decreto Legislativo sono presenti anche articoli relativi alla formazione delle figure professionali ivi elencate. L'articolo 38, ad esempio, descrive tutto quello che può essere ricondotto alla formazione infermieristica. Vengono infatti descritte le modalità con le quali è possibile ottenere il titolo di infermiere, a partire dagli anni di formazione universitaria comprensivi anche delle ore pratiche di tirocinio previste. Inoltre, vengono elencate tutte le abilità tecnico-scientifiche che l'infermiere dovrà acquisire per poter svolgere la sua professione e i doveri di tale professionista sanitario nei confronti, ad esempio, dei colleghi. Per quanto riguarda la Professione Ostetrica invece, ad essa sono dedicati gli articoli dal 46 al 49. In questi articoli viene spiegato quale debba essere l'iter di studi necessario all'ottenimento del titolo professionalizzante e le conoscenze che con esso andranno acquisite. Alcune di esse comprendono la conoscenza degli aspetti fisiologici, biologici ed anatomici, oltre che clinici, sia della sfera ostetrica che ginecologica e di quelli relativi anche alla deontologia ed alla legislazione professionale. Infine, all'interno dei quattro capitoli vengono descritte, punto per punto, tutte le attività che un'Ostetrica/o deve saper svolgere<sup>35</sup>. Sempre in riferimento alla professione ostetrica, ma concentrando l'attenzione sull'autonomia professionale da essa acquisita, a livello generale è possibile richiamare le stesse leggi di cui sopra, ovvero, la legge 42 del 1999 e la legge 10 agosto del 2000, n. 251. Nello specifico, invece, disposizioni in materia d'indipendenza professionale si ritrovano sia nel Profilo Professionale dell'Ostetrica/o, definito dal Decreto 14 settembre 1994, n.740, sia nel Codice Deontologico dell'Ostetrica/o revisionato nel 2021 dalla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO) e approvato dal Comitato Centrale. Entrambi i documenti contengono passaggi fondamentali nei quali la centralità di tale figura nell'ambito di Triage Ostetrico-Ginecologico viene messa in risalto.

In riferimento alla formazione richiesta alle figure professionali implicate nel processo di Triage, è importante citare l'Accordo 23 maggio del 2003 tra il Ministro della salute, le

---

<sup>35</sup> “Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania”. Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 2006 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 261 del 09 novembre 2007.

Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: “Linee-guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza” e la legge 8 marzo 2017, n.24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. Nel primo documento vengono delineati gli aspetti generali della formazione richiesta a tutti i soggetti coinvolti nel processo di Triage. In linea di massima, tale formazione dovrà basarsi su corsi tanto teorici, quanto pratici e ad essi dovrà seguire prima una valutazione finale e poi il rilascio della certificazione d’idoneità. Tali corsi sono organizzati in modo da garantire il conseguimento di precisi obiettivi, ovvero:

- Obiettivi clinico-assistenziali;
- Organizzativi;
- Relazionali;

Questo tipo di formazione, come chiarito nel documento, è rivolta a personale medico, infermieristico, a personale non sanitario e personale soccorritore volontario<sup>36</sup>. Riguardo la legge 8 marzo 2017 n. 24, essa risulta più complessa. Principalmente, il concetto chiave sul quale il testo si focalizza chiarisce che la base di un’assistenza sanitaria di qualità sia data proprio dalla sicurezza dei pazienti e che tale sicurezza, in ambito ospedaliero, può ottenersi soltanto grazie ad un lavoro d’equipe sinergico e ben organizzato. All’interno del documento, principalmente all’articolo 5, è specificato che per poter fornire ai pazienti cure valide ed idonee, i professionisti sanitari sono tenuti ad attenersi alle evidenze mediche, sulla base delle quali verranno poi elaborate Linee Guida e raccomandazioni clinico-assistenziali e terapeutiche<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Accordo 22 maggio 2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: “Linee-guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza”.

<sup>37</sup> “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. Articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 64 del 17 marzo 2017.

### 1.3 I REQUISITI DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA E L'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

Vista la complessità del Sistema di Emergenza-Urgenza sanitaria, affinché tutto possa essere regolamentato al meglio, a livello istituzionale è richiesta la partecipazione sinergica di diversi soggetti, ovvero:

- Il Ministero della Salute, che interviene verificando la qualità delle prestazioni erogate in emergenza;
- Le Regioni, deputate a soddisfare i bisogni dei cittadini tramite la definizione degli obiettivi da raggiungere e degli indicatori da utilizzare per la valutazione della qualità dell'assistenza;
- I Comuni, utili all'implementazione delle risorse e all'assegnazione di fondi da dedicare a strutture e personale sanitario;
- Le Aziende Sanitarie che, in collaborazione con le Regioni, si occuperanno del sistema di controllo dell'assistenza erogata<sup>38</sup>.

In particolare, su tutto il territorio, il Sistema di Emergenza-Urgenza sanitaria si compone del sistema di allarme sanitario, attivo 24 ore al giorno, assicurato dalla Centrale Operativa cui faceva riferimento il numero unico "118" e del sistema di accettazione e di emergenza sanitaria, costituito dal servizio di Pronto Soccorso e dal dipartimento di emergenza<sup>39</sup>. Ad oggi, il Numero Unico Europeo (NUE) a disposizione dei cittadini è "112", deciso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 124/2015 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"<sup>40</sup>. All'art. 8 di questa legge è difatti

---

<sup>38</sup> Costa, Bermagamaschi, Berni et al. "Piano per il miglioramento del sistema di emergenza/urgenza", commissione consultiva Ministero della Salute, 14 giugno 2005:4; on-line all'URL [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_856\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_856_allegato.pdf)

<sup>39</sup> "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza". Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.76 del 31 marzo 1992.

<sup>40</sup> "Riforma pubblica amministrazione istituisce 112 su tutto il territorio", Dipartimento per le Politiche Europee; on-line all'URL <http://www.politicheeuropee.gov.it/it/comunicazione/notizie/riforma-pubblica-amministrazione-istituisce-112-su-tutto-il-territorio/> (ultima consultazione 07/2021)



affermato che al Governo fu affidato il compito di adottare almeno un decreto per attuare modifiche agli Enti Pubblici, tra i quali è presente, al comma 1: “[...]istituzione del numero unico europeo 112 su tutto il territorio nazionale con centrali operative da realizzare in ambito regionale”<sup>41</sup>. L’utente, contattando la Centrale Operativa, in base alle necessità del caso potrà richiedere quindi l’intervento sia delle Forze di Polizia, sia dei Vigili del Fuoco che dell’assistenza sanitaria, eliminando così le linee del 112, 113, 115 e 118. Finora, il Numero Unico Europeo (NUE) 112, risulta attivo solo in un numero ristretto di regioni<sup>42</sup>:

- Friuli-Venezia Giulia
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Piemonte
- Sicilia orientale
- Valle d’Aosta
- Province Autonome di Trento e Bolzano

Per le Regioni dove sono operative Centrali Uniche di Risposta (CUR), una delle quali proprio nella provincia di Ancona nelle Marche, i cittadini possono far riferimento al 112 tramite un App chiamata “Where ARE U” che permette anche l’invio automatico di dati utili alla localizzazione dell’utente, ottenuti grazie al sistema di geolocalizzazione (GPS)

---

<sup>41</sup> “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”. Articolo 8, comma 1 della Legge 7 agosto 2015, n.124. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 187 del 13 agosto 2015.

<sup>42</sup> “Numero unico europeo per le emergenze (NUE) 112”, Ministero della Salute. On-line all’URL <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5439&area=Lea&menu=numeriUnici> (ultima consultazione 07/2021)

presente nel cellulare<sup>43</sup>. L'attività svolta dai soccorritori risulta in quello che viene definito "Triage Extraospedaliero", dal momento che, a partire dalla chiamata effettuata dall'utenza alla Centrale Operativa, fino al vero e proprio soccorso sul campo, l'intervento sul paziente sarà determinato dal codice di gravità assegnatogli. Le Centrali Operative, di norma, sono organizzate su base provinciale ed assicurano, al fine di fornire a tutti i cittadini una salda rete assistenziale, i collegamenti con i mezzi di soccorso, le ambulanze e gli altri servizi del sistema di emergenza sanitaria presenti nel territorio, per poter gestire il trasporto dei pazienti agli ospedali sede di Pronto Soccorso<sup>44</sup>. Questi, dovranno garantire interventi diagnostici-terapeutici idonei e compatibili con le specifiche condizioni dei pazienti.

Alla base della tempestiva e corretta assistenza al paziente all'interno degli ospedali troviamo il Sistema di Triage Intraospedaliero. Esso è necessario per realizzare, all'atto pratico uno degli obiettivi principali dei Pronto Soccorso, ovvero: "[...] garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati ed ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza ed urgenza clinica ed assistenziale, attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita", la cui definizione è estraibile da le "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso"<sup>45</sup> del 2019. Innanzitutto, è bene ricordare che: "[...] le aziende sanitarie devono garantire le risorse per assicurare la funzione di Triage. Tale funzione dovrà essere assicurata in ogni caso e continuativamente in quei presidi con oltre 25.000 accessi per anno. Gli ospedali che, pur essendo al di sotto dei 25.000 accessi per anno, si trovino ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati ed irregolari, devono garantire la

---

<sup>43</sup> "Numero unico europeo per le emergenze (NUE) 112", Ministero della Salute. On-line all'URL <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5439&area=Lea&menu=numeriUnici> (ultima consultazione 07/2021)

<sup>44</sup> "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza". Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.76 del 31 marzo 1992.

<sup>45</sup> "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso", Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute; 2019:3. On-line all'URL [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3849\\_listaFile\\_itemName\\_2\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_2_file.pdf)

funzione di triage proporzionalmente alle necessità”<sup>46</sup>. All’interno degli ospedali sede di Triage, sarà presente anche il “Dipartimento di Emergenza Urgenza ed Accettazione” (DEA). Essendo definito come: “Un’aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa”, in relazione alla complessità delle unità operative che lo compongono, il DEA può essere suddiviso in Dipartimento di primo (DEA *Spoke*) e secondo livello (DEA *Hub*)<sup>47</sup>. In base al livello di appartenenza, ogni DEA non solo deve poter dispensare ai pazienti gli standard assistenziali propri del Sistema di Triage, ma anche ulteriori pratiche diagnostiche-terapeutiche. L’ospedale sede di DEA di primo livello infatti, oltre alle prestazioni fornite da semplici Pronto Soccorso, garantisce anche funzioni di degenza e rianimazione ed assicura interventi di traumatologia o cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica). Sono anche assicurate prestazioni di laboratorio chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali. Ospedali dotati di DEA di secondo livello assicurano, oltre a tutte le funzioni sopra citate, anche quelle legate all’emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia e la Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Unità per grandi ustionati o unità spinali sono presenti solo in alcuni DEA di II livello, in modo da equilibrare il sistema di accoglienza e cura sul territorio nazionale<sup>48</sup>.

Tornando all’assistenza standard di Triage, questa ha tra gli obiettivi quelli di:

- Ridistribuire i tempi di attesa dei pazienti a favore di chi necessita di interventi urgenti;

---

<sup>46</sup> “Linee Guida sul Triage intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso”, Accordo 25 ottobre 2001. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale del 7 dicembre 2001, n. 285.

<sup>47</sup> “Pronto Soccorso e DEA” [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto). On-line all’URL (ultima consultazione 07/2021)

<sup>48</sup> Bertini A., Ricciardelli A. Standard organizzativi delle Strutture di emergenza-urgenza, Marzo 2012:16- 8;

- Aumentare il grado di soddisfazione dell'utenza;
- Assicurare una valutazione professionale, con conseguente assegnazione del codice di priorità associato alla sintomatologia;
- Ottimizzare il processo di cura<sup>49</sup>;

Tali obiettivi derivano dalla peculiare funzione di accettazione espletata dai Pronto Soccorso, rivolta sia a pazienti che non rivestono caratteri di emergenza-urgenza, sia a soggetti in condizioni di urgenza differibile od indifferibile e, infine, a pazienti in condizioni di emergenza. Per portare a termine le proprie funzioni, l'area di Triage deve essere costituita, in primis, da ambienti ben segnalati e con accesso facilitato a persone in condizioni di fragilità, vincolati a precisi requisiti strutturali che richiedono, ad esempio, la presenza di:

- Postazioni telematiche per la raccolta delle informazioni di accesso;
- Locali per la valutazione clinica e la valutazione dei parametri vitali;
- Sale d'attesa per pazienti non deambulanti di minimo 50 mq, con spazio di manovra per barelle e carrozzine;
- Sale d'attesa per pazienti autosufficienti e per i loro accompagnatori, orientativamente di 80-100 mq per Pronto Soccorso *Spoke*;
- Sale d'attesa per pazienti autosufficienti ed ambulanti, già sottoposti a Triage e per i loro accompagnatori, orientativamente anch'esse di 80-100 mq per Pronto Soccorso *Spoke* con 25.000 accessi/annui;
- Sale riservate a pazienti pediatrici<sup>50</sup>;

Per tentare di rendere il più sopportabile possibile l'attesa dei pazienti e degli accompagnatori, nei Pronto Soccorso è importante incentivare iniziative finalizzate a rendere più confortevole le sale d'attesa. Fra queste possiamo trovare l'adozione di strumenti quali monitor TV e display, che permettano di conoscere in tempo reale il

---

<sup>49</sup> “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”. Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:6.

<sup>50</sup> Idem:20- 1.

numero effettivo di pazienti in attesa di ricovero o delle postazioni di emergenza occupate, di cartellonistica in varie lingue ed anche di erogatori di cibo e bevande. Considerata la variabilità delle condizioni dei pazienti, è importante che siano previste anche zone dedicate a malattie potenzialmente contagiose o a pazienti che abbiano subito abusi; locali per la comunicazione di lutti e luoghi di ristoro accessibili dalla sala di attesa<sup>51</sup>. Ogni Pronto Soccorso dovrebbe essere dotato di una *Shock Room* per il Codice Rosso, ovvero di un'area attrezzata, in qualsiasi momento della giornata, per tutti gli interventi salvavita. Fino a 40.000 accessi annui può essere sufficiente una sola postazione, in caso di un numero superiore le postazioni dovranno essere almeno due. Ogni postazione si è stabilito che debba misurare almeno 30 mq; al suo interno saranno posizionate lampade scialitiche, sostegni pensili per cavi di monitoraggio e spazi per apparecchiature diagnostiche di emergenza come elettrocardiografi, ventilatori e monitor-defibrillatori. A questi, recentemente, si è deciso di aggiungere anche un ecografo multidisciplinare. Per i casi associati a codici gialli o verdi invece, sarà sufficiente un'area attrezzata con box multipli dotati di set d'intubazione, Ambu, maschere facciali, impianti d'aspirazione, gas medicali e defibrillatori, in ogni caso già presenti in postazioni per il Codice Rosso<sup>52</sup>.

Ruolo fondamentale è svolto dall'Area Osservazione Breve Intensiva (OBI), definita come una delle unità funzionali del Pronto Soccorso. L'invio del paziente in OBI avviene entro un massimo di 8 ore dalla presa in carico nel Pronto Soccorso, lasso di tempo stabilito per evitare condizioni di sovraffollamento. Una volta indirizzato il paziente verso l'Area Osservazione Breve Intensiva, egli potrà permanervi per almeno 6 ore e per un massimo di 44 ore totali dalla presa in carico al Triage Intraospedaliero. Le funzioni svolte dall'OBI consistono in un'osservazione dei pazienti sia clinica che strumentale, tale da garantire un

---

<sup>51</sup> “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”. Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:20- 1.

<sup>52</sup> Bertini A., Ricciardelli A. Standard organizzativi delle Strutture di emergenza-urgenza, Marzo 2012:21- 2.

buon approfondimento diagnostico e, infine, nell'assegnazione del percorso terapeutico più corretto<sup>53</sup>.

Ogni struttura munita di Triage, inoltre, dovrebbe essere dotata di un sistema informativo in grado di permettere una comunicazione rapida ed efficiente tra la rete ospedaliera e il sistema di Triage Extraospedaliero. Al suo interno andranno inseriti i dati relativi al numero di pazienti accolti e alla loro condizione, oltre che alla disponibilità dei posti letto rimanenti in area critica<sup>54</sup>. Infine, ogni Pronto Soccorso è provvisto di un sistema di protocolli, esecutivi ed organizzativi, dedicati a situazioni sia di immediata emergenza, sia di particolare natura. Ad ogni struttura è richiesto di revisionare i suddetti protocolli, almeno triennialmente, al fine di mantenerli il più possibile aggiornati<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup> “Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – OBI” Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute:4- 11.

<sup>54</sup> Turi A., Tranquilli A.L., Triage e Computerizzazione di un Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico. “Triage del taglio cesareo”:3. On-line all'URL <http://www.area-c54.it/public/triage%20e%20computerizzazione%20di%20un%20pronto%20soccorso%20ostetrico-ginecologico.pdf>

<sup>55</sup> “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”. Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:22.

## CAPITOLO 2. IL MODELLO DI TRIAGE: DALLA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE ALL'ATTRIBUZIONE DEL CODICE COLORE

### 2.1 OBIETTIVI E FASI DEL PROCESSO DI TRIAGE

A differenza della medicina tradizionale, focalizzata in modo settoriale sul sintomo e sulla presenza o assenza di una malattia, la scienza medica odierna è definita come “medicina olistica”, dal greco *olos* che sta ad indicare l'intero, ovvero una condizione di totalità. Questa si basa sull'osservazione sistemica di tutti gli aspetti caratterizzanti un uomo: emotivi, spirituali, organici e mentali<sup>56</sup>. Per questa ragione, i pazienti che fluiscono al Pronto Soccorso vengono valutati secondo un Sistema di Triage definito “globale”<sup>57</sup>, atto a valutare in maniera approfondita e completa le singole condizioni che vi si presentano. Grazie ad un'analisi così poliedrica dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso, è possibile soddisfare gli obiettivi sui quali si fonda il Sistema di Triage, ovvero:

1. Identificare rapidamente le persone che necessitano di cure immediate per garantire un tempestivo avvio al trattamento;
2. Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure, in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
3. Contribuire all'ottimizzazione del processo di cure della persona assistita, anche attraverso l'attivazione e l'inserimento dei pazienti in percorsi di valutazione e trattamento;
4. Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;

---

<sup>56</sup> “La medicina olistica, la terapia olistica, ma soprattutto l'approccio olistico al paziente”; on-line all'URL <https://cstm.ch/medicina-olistica-cose-quali-sono-benefici-e-terapie/> (ultima consultazione 08/2021)

<sup>57</sup> “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”. Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:7- 8.

5. Fornire assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili agli assistiti e agli accompagnatori, riducendo così l'ansia e garantendo un'adeguata e costante presa in carico<sup>58</sup>;

Per poter realizzare al meglio ognuno dei precedenti scopi, il processo attraverso il quale il Sistema di Triage si snoda dovrà soddisfare determinati criteri, ovvero:

- L'utilità: i metodi messi in pratica dal personale sanitario devono essere di facile applicazione e comprensione;
- La validità: le tecniche utilizzate durante le fasi di Triage devono effettivamente essere in grado di misurare correttamente il grado di urgenza clinica in relazione alla gravità o alla complessità della patologia presentata dai pazienti;
- L'affidabilità: l'applicazione del processo di Triage deve essere deve poter essere generale e non dipendente dalle caratteristiche dei singoli professionisti sanitari;
- La sicurezza: i criteri e le scale di riferimento utilizzati nelle fasi di Triage devono basarsi su aspetti clinici oggettivi e su evidenze mediche, devono inoltre essere caratterizzati da un'elevata sensibilità per tutti quei casi particolarmente complessi ed ottimizzare le risorse messe a disposizione dei pazienti e, dunque, i tempi di intervento sanitario;
- L'equità: il Sistema di Triage deve essere imparziale e permettere a chiunque l'accesso ai servizi di emergenza<sup>59</sup>;

Ne deriva quindi che il processo di Triage sia molto complesso e che debba svilupparsi attraverso aspetti di ragionamento diagnostico, di metodo scientifico, di riflessione critica ed esperienza pratica, il tutto organizzato in cinque fasi fondamentali:

1. Valutazione sulla porta
2. Anamnesi
3. Rilevazione dei parametri vitali ed esame obiettivo mirato

---

<sup>58</sup> Bertini A., Ricciardelli A. Standard organizzativi delle Strutture di emergenza-urgenza, Marzo 2012:20- 1.

<sup>59</sup> Coccia F. Cocorocchio A., Dascoli M. et al. Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore), agosto 2019:12



4. Assegnazione del codice colore
5. Rivalutazione del paziente<sup>60</sup>

In quanto metodo di lavoro generale, esso si compone di precisi aspetti:

- Qualunque sia il luogo di intervento, è sempre applicabile;
- È adattabile all'assistenza di uno o più individui;
- Richiede conoscenze tecniche, capacità di ragionamento ed esperienza professionale;
- Riconosce la piena autonomia professionale;
- Richiede la collaborazione fra le varie figure professionali;
- Ha, tra gli obiettivi, la tutela della salute degli assistiti;
- Richiedere la collaborazione dei singoli pazienti, che dovranno essere incentivati e stimolati a fornire risposte appropriate<sup>61</sup>;

La valutazione sulla porta deve essere assicurata, di norma, entro cinque minuti dall'accesso al Pronto Soccorso e consiste in un: “esame visivo dell'aspetto generale del paziente al fine di avere informazioni immediate sull'eventuale compromissione delle funzioni vitali”<sup>62</sup>. Il triagista deve immediatamente individuare quei pazienti con:

- Compromissione delle funzioni vitali;
- Disturbi cardiaci;
- Compromissioni neurologiche;
- Psicosi acute potenzialmente pericolose per sé e/o per gli altri;
- Traumatismi di organi o apparati vitali;

---

<sup>60</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:7- 15.

<sup>61</sup> Amati G., Baratto S., Bressan M. Antonietta et al. Corso di Formazione permanente di triage in Pronto Soccorso, SIMEU sezione Lombardia:15.

<sup>62</sup> Milestone 1.3 – Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (Pronto Soccorso e sistema 118); Progetto Mattoni SSN, Ministero della Salute 2007:20.

- Traumi da violenze fisiche o psicologiche<sup>63</sup>;

In generale però, la valutazione sulla porta viene espletata tramite osservazione di precisi indicatori, quali:

- A. *Airway* o pervietà delle vie aeree
- B. *Breathing* o respiro
- C. *Circulation* o circolo
- D. *Disability* o deficit neurologici<sup>64</sup>

Lo scopo del primo indicatore è quello di accertare la pervietà delle vie aeree poiché, in caso di necessità di rianimazione cardiopolmonare, un aspetto imprescindibile è la riuscita della ventilazione. Infatti, il suo esito fallimentare diminuirebbe drasticamente le probabilità di ripristino di un circolo tale da migliorare le condizioni del paziente. L'aspetto principale valutato col secondo indicatore è la qualità del respiro, in modo da definirne il grado di compromissione. Ad essere controllati maggiormente, sono: la frequenza del respiro, per diagnosticare una tachipnea o una bradipnea, l'utilizzo dei muscoli accessori della respirazione e l'eventuale gasping. Tramite il controllo del circolo l'operatore sanitario dovrà accertarsi dell'assenza di emorragie massive o di cianosi e dovrà analizzare sia la sudorazione, sia il colorito cutaneo del paziente, effettuando insieme un'attenta ricerca di ferite o fratture, al fine di individuare eventuali patologie neurovascolari o traumi più o meno visibili. In ultimo, si procederà col definire lo stato di coscienza del paziente, analizzandone il grado di relazione con gli accompagnatori o i professionisti sanitari<sup>65</sup>. Una volta concluso l'iter di accoglienza sulla porta, si procede con la raccolta di dati tramite una valutazione sia soggettiva, che oggettiva.

---

<sup>63</sup> Amati G., Baratto S., Bressan M. Antonietta et al. Corso di Formazione permanente di triage in Pronto Soccorso, SIMEU sezione Lombardia: 15- 6.

<sup>64</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:7- 10.

<sup>65</sup> Idem

La valutazione soggettiva comprende tutto ciò che il paziente riferirà al professionista sanitario una volta interrogato. L'intervista è finalizzata alla categorizzazione e all'individuazione:

- Del sintomo principale. È il problema di salute dominante, ovvero quello che ha portato il cittadino a rivolgersi al Pronto Soccorso;
- Di eventuali sintomi associati;
- Dell'entità del dolore percepito;
- Di eventuali patologie concomitanti o pregresse;
- Di eventuali terapie farmacologiche e non;
- Di allergie<sup>66</sup>;

In questa fase l'esperienza degli operatori sanitari ricopre un ruolo molto importante, infatti, permette di discernere, tra tutte le informazioni fornite dal paziente o dagli accompagnatori, quelle che possono essere rilevanti.

Relativamente al sintomo principale, dovranno emergere notizie cardine che riguardano:

1. L'ora di insorgenza dei sintomi;
2. L'area interessata dal problema;
3. La descrizione, il più dettagliata possibile, della problematica;
4. Il meccanismo che ha causato l'eventuale trauma;
5. La progressione della sintomatologia, dall'insorgenza fino all'arrivo al Pronto Soccorso;
6. Le eventuali terapie effettuate prima di rivolgersi all'ospedale e le relative risposte<sup>67</sup>;

Di recente, sono divenute obbligatorie anche domande relative al dolore definito, ormai, come il quinto parametro vitale stando a quanto decretato dalla legge 38/2010. All'articolo

---

<sup>66</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:7- 10.

<sup>67</sup>Idem

7 di tale legge, si stabilisce inoltre che, all'interno della cartella clinica, dovranno necessariamente essere presenti informazioni concernenti la sua entità, la sua rilevazione, le sue caratteristiche e la sua evoluzione<sup>68</sup>. In ambito di Triage, le domande da porre al paziente dovranno indagare:

- Cos'è che ha scatenato il dolore e come questo riesce ad essere alleviato;
- La qualità del dolore percepita;
- La zona dolente ed eventuali irradiazioni;
- La gravità del dolore;
- Il tempo di insorgenza e la frequenza, quindi se di tipo continuo o intermittente<sup>69</sup>;

Una volta raccolte tutte le informazioni riguardanti l'evento principale, potranno essere poste al paziente domande relative ai sintomi correlati alla sua condizione e ai suoi precedenti clinici. Essere a conoscenza delle patologie pregresse, infatti, può risultare importante per escluderle dalle cause del malore o, al contrario, per inserirle tra di esse.

Ultimata la valutazione soggettiva, il triagista potrà procedere con quella oggettiva, composta e dall'esame obiettivo e dalla documentazione. L'esame obiettivo, prettamente fisico, consiste nella rilevazione di dati osservati, di dati misurabili grazie ai parametri vitali e di dati ricercati tramite esame localizzato e nell'effettuarlo, perciò, si dovrà tener conto:

1. Delle vie aeree;
2. Del respiro;
3. Del circolo;
4. Dei deficit neurologici;
5. Dell'esposizione: valutazione di eventuali deformità o asimmetrie ossee, con esclusione di emorragie o di contusioni;

---

<sup>68</sup> “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”. Articolo 7 della Legge 15 marzo 2010. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 65 del 19 marzo 2010.

<sup>69</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:9- 10.

6. Della febbre;
7. Dei parametri vitali<sup>70</sup>;

Al professionista sanitario viene richiesta la capacità di verificare gli elementi rilevati nella valutazione obiettiva e di compararli contemporaneamente con i range di normalità e con i valori basali del paziente. Terminato il complesso processo decisionale fondato sull'analisi della serie di valutazioni e rilevazioni cliniche effettuate sul paziente, il personale sanitario potrà essere in grado di attribuire il Codice Colore più idoneo alla sua gravità e, quindi, alla priorità assistenziale da dedicargli.

## 2.2 IL SISTEMA DI CODIFICA: L'ATTRIBUZIONE DEL LIVELLO DI PRIORITÀ ASSISTENZIALE

Il sistema di codifica usato in Triage consiste nella categorizzazione delle condizioni cliniche per le quali i pazienti decidono di recarsi al Pronto Soccorso. Inizialmente, il livello di priorità assistenziale relativo ad ogni problematica clinica, facendo riferimento al Decreto Ministeriale 15 maggio del 1992 era definito da quattro codici colore. La scelta dell'uso dei colori deriva dall'immediatezza e della facile comprensione della gravità della condizione ai quali sono associati. La codifica era così definita:

1. Codice Rosso: paziente in condizioni critiche che necessita di un intervento in emergenza;
2. Codice Giallo: per paziente moderatamente critico, ovvero da sottoporre ad intervento indifferibile;
3. Codice Verde: paziente poco critico per il quale è possibile un intervento di tipo differibile;
4. Codice Bianco: paziente non critico, per il quale è possibile non effettuare un intervento in tempi brevi<sup>71</sup>;

---

<sup>70</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:12.

Essa venne riconvalidata anche nelle Linee Guida del 1996, che si concentrano solo sull'arricchire le definizioni di ogni codice colore. Nel documento, la classificazione a colori appare come segue:

1. Codice rosso: paziente molto critico, priorità massima con compromissione delle funzioni vitali e accesso immediato alle cure;
2. Codice giallo: mediamente critico, priorità assistenziale intermedia. Tempo di accesso alle cure di 10-15 minuti;
3. Codice verde: poco critico, priorità bassa, prestazioni quindi differibili. Tempo di attesa di massimo 30-60 minuti;
4. Codice bianco: paziente non critico e non urgente. Accesso alle cure entro 60-120 minuti<sup>72</sup>;

Per evitare che tali definizioni potessero risultare generiche e causare perciò disagi, la classificazione delle condizioni di salute dei cittadini venne perfezionata usando come criteri suddividenti le definizioni di emergenza, urgenza medica e lo scarto tra queste e le problematiche presentate dai pazienti. Prima di proseguire, è bene ricordare quali siano le origini etimologiche dei due termini che, per quanto facciano parte del gergo comune, tendono ad essere confusi. La parola “emergenza” deriva dal latino *emèrgere* che, figurativamente, sta ad indicare qualcosa che risalta, da segnalare<sup>73</sup>. In ambito medico rappresenta una situazione che pone il paziente in una condizione critica di immediato pericolo di vita, per la quale è necessario un intervento non differibile e alla quale va quindi attribuito il codice rosso. Il termine “urgenza”, anch'esso di derivazione latina da *urgens- entis*, sta ad indicare una situazione che richiede sollecitudine ed estrema

---

<sup>71</sup> “Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza” Accordo ministeriale 15 maggio 1992: 3. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.121 del 25 maggio 1992.

<sup>72</sup> “Linee Guida sul Triage intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso” Accordo 25 ottobre 2001. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale del 7 dicembre 2001, n. 285.

<sup>73</sup> Definizione Emergere <https://www.etimo.it/?term=emergere> (ultima consultazione 08/2021)

rapidità<sup>74</sup>. In ambito sanitario infatti, comprende quella gamma di problematiche a rischio evolutivo che potrebbero mettere a repentaglio la vita del paziente. Per questo quindi, i processi patologici in corso dovranno essere trattati nel più breve tempo possibile. Basandosi su queste definizioni, fondamentali per poter scegliere l'iter assistenziale più corretto per ogni condizione clinica, la classificazione a colori risultò la seguente:

1. Codice Rosso: casi più gravi con pericolo di vita immediato. Il Pronto Soccorso interrompe ogni altra attività per prepararsi a ricevere il paziente, attivando l'ambulatorio o sala a maggiore tecnologia disponibile. Il paziente mostra compromissione dell'ABC e/o un cedimento delle funzioni vitali;
2. Codice Giallo: per pazienti con lesioni gravi tali da poter causare compromissione o della funzione respiratoria, cardiocircolatoria o nervosa. Vanno valutati l'intensità del sintomo principale, l'entità dell'alterazione dei parametri vitali correlati al sintomo e altre patologie per le quali la variabile tempo è determinante;
3. Codice Verde: rappresenta interventi differibili. Il paziente non è in pericolo di vita, le sue funzioni vitali sono intatte e i parametri vitali risultano nella norma. L'accesso agli ambulatori e l'assistenza clinica avvengono dopo che siano stati assistiti i casi più urgenti;
4. Codice Bianco: casi che generalmente potrebbero essere risolti al di fuori del Pronto Soccorso. i criteri che devono essere soddisfatti sono: assenza di alterazione dei parametri vitali e assenza di sintomatologia critica o a rischio evolutivo, presente da pochi giorni o cronica. Le prestazioni erogate sono soggette al pagamento del ticket<sup>75</sup>;

---

<sup>74</sup> Definizione Urgenza <https://www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=urgenza> (ultima consultazione 08/2021)

<sup>75</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:15.

Qui di seguito sono riportate le condizioni associate ad ogni codice colore<sup>76</sup>:

CODICE ROSSO	arresto cardiorespiratorio; perdita di coscienza; ferite penetranti; cefalea acuta con associati sintomi neurologici; insufficienza respiratoria acuta; cianosi e frequenza respiratoria <10 o >34 atti/minuto; amputazione prossimale di un arto; emorragia con alterazione dei parametri vitali; fratture multiple esposte; ferite penetranti del torace, collo, testa, addome, pelvi; politrauma
CODICE GIALLO	Insufficienza respiratoria in assenza di alterazione dei parametri vitali; dolore toracico di sospetta natura coronarica; dolore toracico atipico associato a dispnea, pallore o sudorazione; importante dolore addominale spontaneo o post-traumatico; estese ferite lacero-contuse con sanguinamento in atto; traumi al torace con dinamica complessa; paziente neoplastico in fase terminale; epistassi massiva in atto; febbre con segni meningei e/o stato confusionale; anziano cachettico; melena in atto; emoftoe in atto in assenza di alterazione dei parametri vitali; cefalea acuta senza segni neurologici; alterazioni dello stato di coscienza, disartria, deviazione della rima orale in assenza di cefalea acuta
CODICE VERDE	Vomito e/o diarrea persistenti; calo ponderale senza altra sintomatologia; traumatismi di uno o più arti in assenza di fratture esposte e/o di ferite estese sanguinanti; trauma cranico minore; trauma toracico e/o addominale minore; colica addominale con dolore modesto senza vomito, sudorazione e pallore; febbre < 39 °C; toracoalgia <u>atipica</u> ; epistassi modesta; cefalea e vertigini senza segni neurologici; corpo estraneo corneale non penetrante; emoftoe e melena anamnestiche in paziente asintomatico
CODICE BIANCO	ferita superficiale di minima entità; febricola persistente da giorni; tonsilliti e faringiti; dolori articolari non traumatici e/o dolori articolari traumatici con trauma risalente a giorni prima; congiuntiviti; otalgie; odontalgie; dispepsie; dermatiti croniche; abrasioni cutanee non estese; punture di insetto non recenti e non associate ad ulteriori sintomi, ad eccezione del pomfo, in sede di inoculo; calo ponderale; palpitazioni in assenza di alterazioni del polso o della pressione

<sup>76</sup> Amati G., Baratto S., Bressan M. Antonietta et al. Corso di Formazione permanente di triage in Pronto Soccorso, SIMEU sezione Lombardia:11- 3.



Con le nuove “Linee d’Indirizzo per l’attività di Triage di Pronto Soccorso” emanate nel luglio 2012 dal Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, vennero introdotte delle novità importantissime, ovvero, non solo la codifica venne arricchita da ulteriori colori, ma a questi venne affiancato anche un corrispettivo numerico, per un totale di cinque categorie. Il sistema di codifica, quindi, risultava come segue:

- Codice Rosso o 1: emergenza. Assenza o compromissione di una o più funzioni vitali e accesso immediato alle cure;
- Codice Arancione o 2: urgenza. Rischio di compromissione delle funzioni vitali, condizione a rischio evolutivo o dolore severo in condizione stabile. L’accesso al trattamento deve essere entro 15 minuti;
- Codice Azzurro o 3: urgenza differibile. Condizione stabile senza rischio evolutivo, con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che, solitamente, richiede prestazioni complesse. L’accesso alle cure va garantito entro 60 minuti;
- Codice Verde o 4: urgenza minore. Condizione stabile non a rischio evolutivo, che solitamente richiede prestazioni diagnostiche terapeutiche semplici e mono-specialistiche. Il trattamento va effettuato entro 120 minuti;
- Codice Bianco o 5: non urgenza. Problema non urgente o di minima rilevanza clinica. Accesso entro 240 minuti<sup>77</sup>;

La stessa codifica a colori si trova anche all’interno delle “Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero” del 2019. Recentemente e più precisamente a partire dal 01 gennaio 2021, secondo quanto previsto dal Documento del Ministero della Salute “Specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso” del mese di luglio 2020, in sede di Triage devono essere utilizzati nuovi codici colore, ulteriormente perfezionati. La nuova codifica prevede dunque:

- Codice Rosso (T1) – Emergenza
- Codice Arancione (T2) – Urgenza

---

<sup>77</sup> “Linee d’indirizzo per l’attività di Triage di Pronto Soccorso”, proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, luglio 2012:5- 6.

- Codice Azzurro (T3) – Urgenza Differibile
- Codice Verde (T4) – Urgenza Minore
- Codice Bianco (T5) – Non Urgenza
- Prestazione di Osservazione Breve Intensiva (OBI) (T6)
- Codice Nero (TN) – Deceduto
- Non eseguito (TX): utilizzabile sono per la comunicazione delle prestazioni erogate dai Punti di Primo Intervento<sup>78</sup>

L'impiego della classificazione tramite codici colore non esprime in maniera categorica il grado di complessità clinico-assistenziale del paziente. Il trattamento ospedaliero più idoneo, infatti, viene spesso individuato a seguito di maggiori approfondimenti diagnostici effettuati durante la fase di rivalutazione del paziente. Essa rappresenta una fase imprescindibile del processo di Triage e consiste nell'attività professionale volta a monitorare le condizioni dei pazienti in attesa, al fine di cogliere tempestivamente variazioni dello stato di salute degli stessi, evidenziando così situazioni di aggravamento o miglioramento del quadro clinico. La fase di rivalutazione comporta che vengano riesaminati sia i sintomi, sia i parametri vitali e che venga brevemente richiesta l'anamnesi<sup>79</sup>. A sostegno dell'esame obiettivo possono essere effettuati test strumentali o laboratoristici. I tempi della rivalutazione dipendono dal codice attribuito ad ogni paziente. I casi in emergenza non vengono rivalutati, ai codici arancioni spetta o un'osservazione diretta o video-mirata costante, mentre la rivalutazione dei restanti codici colore verrà effettuata a giudizio del triagista, su richiesta del paziente per i codici bianchi, oppure, una volta trascorso il tempo massimo raccomandato che, per il codice giallo, è rappresentato da intervalli di 5-15 minuti, mentre per il codice verde da intervalli di 30-60 minuti<sup>80</sup>. È importante ricordare che i parametri vitali dei pazienti vanno sempre ricontrollati qualora

---

<sup>78</sup> [Allegato n.1, Giunta Regionale Regione Marche](#)

<sup>79</sup> “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”. Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:11- 2.

<sup>80</sup> Idem

vi sia una modificazione dei sintomi<sup>81</sup>. Qualunque variazione dei parametri determinerà una variazione dei tempi di attesa per le cure.

Ogni decisione presa dal personale addetto all'area di Triage, infine, dovrà obbligatoriamente essere contenuta nella Scheda di Triage, un elemento imprescindibile facente parte della Cartella Clinica di Pronto Soccorso<sup>82</sup>. In quanto componente della Cartella Clinica, la Scheda di Triage figura come "atto pubblico", pertanto è necessario che soddisfi criteri di chiarezza, veridicità e completezza al fine di evitare sanzioni penalistiche sulla falsità documentale. Ogni realtà operativa può sviluppare la Scheda di Triage su di un proprio modello, a patto che all'interno siano contenuti quegli elementi considerati essenziali, ovvero:

- Dati anagrafici: permettono di identificare il paziente ed eventualmente, contattare eventuali parenti o persone preposte a rispondere in caso di situazioni di emergenza;
- Numero progressivo: per legge obbligatorio, permette sia l'archiviazione, sia il rintraccio della Scheda in caso di revisioni o lavori di ricerca;
- Orario di inizio e di fine della presa in carico del paziente: coincide con il tempo di attesa del paziente, ovvero con il lasso di tempo necessario al triagista per ultimare la valutazione;
- Sintomo principale: non va interpretato come una diagnosi medica, quanto più come risultato di una raccolta dati, onde evitare problemi di liceità;
- Farmaci assunti dal paziente;
- Allergie note;
- Test diagnostici effettuati sul paziente;
- Codice di gravità assegnato;
- Rivalutazione e tempi d'effettuazione;

---

<sup>81</sup> Amati G., Baratto S., Bressan M. Antonietta et al. Corso di Formazione permanente di triage in Pronto Soccorso, SIMEU sezione Lombardia:19.

<sup>82</sup> "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero". Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:22- 3.

- Firma dell'operatore: deve essere sempre leggibile per garantire trasparenza, correttezza ed idoneità del documento<sup>83</sup>;

La Scheda di Triage, disponibile anche in formato digitale, garantisce l'efficace ed efficiente passaggio di informazioni all'interno del Pronto Soccorso e dell'ospedale.

### 2.3 I PERCORSI TERAPEUTICI SUCCESSIVI AL PRONTO SOCCORSO

Una volta individuati, grazie all'adozione del sistema di codifica a colori, tutti quei pazienti le cui condizioni risultano di minore entità, ovvero quelle per le quali sarebbe sufficiente un intervento a bassa complessità, uno degli scopi principali del Sistema di Triage è quello di ridurre i tempi di attesa indirizzandoli direttamente verso il percorso diagnostico-terapeutico più adatto. Così facendo, un minor numero di episodi di sovraffollamento affliggerà il Pronto Soccorso, ai pazienti più urgenti verranno riservate energie ed attenzioni maggiori e la soddisfazione dei cittadini, in merito alla velocità dell'assistenza, aumenterebbe. Proprio per questo, le possibilità offerte dal Sistema di Triage a seguito della valutazione del paziente, prevedono diverse opzioni:

- Invio diretto alla sala d'emergenza;
- Trasferimento del paziente all'Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- Assegnazione ad un ambulatorio;
- Prestazione diretta tramite *See and Treat*;
- Avvio di un *Fast Track*<sup>84</sup>;

La regolamentazione prevista per gli iter assistenziali successivi alla fase di Pronto Soccorso è contenuta sia all'interno del Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di

---

<sup>83</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:23- 4.

<sup>84</sup> "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – OBI" Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute:13.

tutela della salute”, sia nell’Accordo del 07 febbraio 2013 “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza, in rapporto alla continuità assistenziale”. Il primo documento rappresenta un tentativo normativo finalizzato a promuovere ed assicurare ai cittadini un più alto livello di tutela della salute tramite l’adozione di misure riguardanti il riassetto dell’assistenza territoriale, delle responsabilità professionali degli operatori sanitari e la revisione di tutti i criteri tecnico-organizzativi delle strutture ospedaliere. Nello specifico, all’articolo 1 del Decreto-legge è possibile leggere che a livello distrettuale, per i pazienti, è richiesta un’attività assistenziale per l’intero arco della giornata e nel corso di tutto il periodo settimanale, che preveda la messa a disposizione di prestazioni sanitarie comprensive di qualsiasi specialità medica proprio al fine di assicurare ai cittadini un servizio adeguato<sup>85</sup>. Nell’Accordo del 07 febbraio 2013 invece, si cerca di sostenere la differenziazione dei percorsi assistenziali a livello territoriale ed ospedaliero, per perfezionare le cure erogabili dai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ed Accettazione (DEA) e per ridurre al minimo la discontinuità degli interventi assicurati nelle diverse strutture assistenziali. Tra le varie proposte fornite dall’Accordo vi è quella che suggerisce la realizzazione di percorsi clinico-organizzativi multi-professionali correlati al livello di gravità dei pazienti provenienti dai Pronto Soccorso, percorsi perciò in grado di assistere tanto il paziente in condizioni di emergenza/urgenza, quanto quello per il quale risulterebbero sufficienti prestazioni basilari<sup>86</sup>. Il contenuto dell’Accordo del 07 febbraio 2013 rimanda parzialmente al contenuto della Delibera n. 958 del 17 dicembre 2007 “Proposta di sperimentazione del modello “See and Treat” in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori” della Regione Toscana, testo prettamente focalizzato sulla promozione di tale modello assistenziale. Nella realtà italiana, come è possibile leggere nel documento, il modello *See and Treat* non risulta ancora adottato da tutti i presidi ospedalieri dotati di un

---

<sup>85</sup> “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”. Articolo 1 del Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 214 del 13 settembre 2012.

<sup>86</sup> Accordo 07 febbraio 2013, ai sensi dell’articolo 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza/urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”: 3- 6.

Pronto Soccorso, per quanto possa essere considerato un valido sistema di smistamento ed organizzazione conseguente all'attività di Triage<sup>87</sup>. Stando alla definizione presente nelle Linee Guida del 2019, il *See and Treat* rappresenta: “un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori predefinite, che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale per il trattamento di problemi clinici a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presentano al Pronto Soccorso”. Il paziente verrà preso in carico da un team di professionisti sanitari con formazione specifica, diverso da quello dedicato al Pronto Soccorso o al Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), il quale assicurerà il completamento del percorso clinico previa consultazione con il personale medico. Nel caso in cui la lesione di chi venisse indirizzato verso il *See and Treat* fosse di chiara natura mono-specialistica, allora il cittadino sarà direttamente indirizzato al relativo specialista competente. Quest'ultimo metodo assistenziale viene definito come *Fast Track*<sup>88</sup>; le problematiche che possono rientrarvi sono quindi relative a:

- Oculistica
- Ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Odontoiatria e maxillo-facciale<sup>89</sup>

Altra possibilità che spetta la paziente di Pronto Soccorso è il trattamento in Osservazione Breve Intensiva (OBI). L'OBI non è altro che una modalità di gestione dedicata a pazienti accorsi al Pronto Soccorso e portatori di patologie che, per quanto acute, richiederebbero trattamenti di durata limitata attuabili senza il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Tale

---

<sup>87</sup> “Proposta di sperimentazione del modello “See and Treat” in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori”: 3- 4. Deliberazione 17 dicembre 2007, n. 958.

<sup>88</sup> “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”. Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:15- 6.

<sup>89</sup> Benetton M. Fast Track, See and Treat, OBI. Rimedi al sovraffollamento in Pronto Soccorso;2019. On-line all'URL <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/fast-track-see-treat-obi-sovrappollamento-pronto-soccorso.html> (ultima consultazione 09/2021)

metodo assistenziale si è reso necessario per migliorare l’appropriatezza delle cure rivolte ai cittadini ed anche per ridurre l’occupazione impropria di posti letto nei reparti dei vari Presidi Ospedalieri. Più precisamente, le funzioni svolte dall’Osservazione Breve Intensiva corrispondono all’attenta osservazione clinica dei pazienti, al trattamento a breve termine di varia tipologie di patologie ed, infine, o alla dimissione dei pazienti o al proseguimento degli accertamenti diagnostici-terapeutici. Le problematiche cliniche d’interesse dell’OBI sono sia di tipo acuto ad alto grado di criticità, ma rischio evolutivo basso, sia a bassa criticità, ma con grande potenziale evolutivo. Il trattamento da parte del personale sanitario può esitare in:

- Ricovero presso altre unità di degenza della struttura ospedaliera, mediante attivazione della relativa procedura e con apertura della scheda di ammissione;
- Trasferimento presso altre strutture per acuti o per post acuti, con l’attivazione della relativa procedura;
- Invio a domicilio con affidamento del follow-up ambulatoriale, se previsto, ad altre strutture territoriali;

Il documento normativo di riferimento è costituito dalle “Linee di Indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva – OBI” del 2019<sup>90</sup>.

## 2.4 LE FIGURE PROFESSIONALI E IL PERCORSO FORMATIVO

Ripercorrendo la storia del Sistema di Triage, a partire dalle sue origini in ambito bellico fino ad arrivare alle più recenti applicazioni in campo intraospedaliero, è possibile notare la presenza di una figura professionale costantemente implicata nell’attività di Triage, ovvero quella dell’infermiere. Tale professionista sanitario rappresenta, stando a quanto stabilito dal suo Profilo Professionale: “[...] l’operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale è responsabile dell’assistenza

---

<sup>90</sup> “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva – OBI” Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute;2019:4- 13.

generale infermieristica”<sup>91</sup>. Stando a questa dicitura e considerando che il Triage è incentrato sulla capacità d’assistere qualsivoglia problematica gravante sui pazienti, è facilmente intuibile il perché l’infermiere sia stato designato a svolgere, tra le tante, anche questa occupazione. Basandosi sulla normativa vigente, è possibile realizzare un quadro completo di tale figura professionale, comprendente le responsabilità e abilità a lei richieste per poter svolgere correttamente la funzione di triagista. Nel Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992, è chiaramente specificata la relazione tra il Sistema di Triage Intraospedaliero e la figura dell’infermiere, nel documento si legge infatti che la funzione di Triage, obbligatoriamente richiesta all’interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ed Accettazione (DEA), dovrà essere gestita da personale infermieristico in grado di operare secondo procedure e protocolli prestabiliti e forte di una formazione adeguata. Nelle Linee Guida sul Triage Intraospedaliero del 1996, è possibile inoltre leggere che: “Il Triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del Pronto Soccorso ed in grado di considerare i segni e sintomi del paziente, per identificare 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”<sup>92</sup>. L’infermiere appare, perciò, pienamente responsabile dell’intero processo di Triage e ciò risulta possibile grazie alla sempre maggior autonomia lavorativa guadagnata da questa professione nel corso degli anni. Il principale punto di svolta si ebbe con la legge 42 del 1999 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, con la quale venne abrogato il cosiddetto “mansionario infermieristico” descritto nel Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974,

---

<sup>91</sup> “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’Infermiere”. Articolo 1 del Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale 9 gennaio 1995, n. 6.

<sup>92</sup> “Linee Guida sul Triage intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso”, Accordo 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: “Triage intraospedaliero (valutazione gravità all’ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia, nel sistema dell’emergenza-urgenza sanitaria”. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale del 7 dicembre 2001, n. 285:2.



n.225<sup>93</sup>. La piena autonomia dell'infermiere, poi, viene ben sottolineata sia all'articolo 1 del loro Codice Deontologico, dove si spiega che egli, in quanto professionista sanitario iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, rappresenta colui che agisce in maniera responsabile e con autonomia e consapevolezza<sup>94</sup>, sia nel "Decreto del Ministero dell'Università di concerto con il Ministero della Sanità" del 02 aprile 2001<sup>95</sup>. Le totali autonomia e responsabilità lavorative, infine, sono ribadite anche nella legge del 10 agosto del 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché, della professione ostetrica" dove, all'articolo 2 comma 1 è espresso che tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'area della riabilitazione espletano le competenze previste dai loro profili professionali svolgendo, con autonomia professionale e titolarità, tutte quelle mansioni finalizzate alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e rivolte a valutazioni funzionali, sia del singolo che della collettività<sup>96</sup>. Pur essendo la responsabilità operativa affidata al personale infermieristico, l'attività svolta dall'infermiere dovrà sempre far riferimento a protocolli predefiniti riconosciuti e, successivamente, approvati dal responsabile del servizio di Pronto Soccorso ed accettazione o dal Dipartimento DEA. Infine, l'infermiere agirà sotto la supervisione del medico responsabile in servizio, la cui esperienza nel settore dell'urgenza-emergenza deve essere conclamata<sup>97</sup>. Soltanto un'attività d'equipe fondata su di una totale condivisione degli obiettivi e su una solida collaborazione interdisciplinare potrà essere, dunque,

---

<sup>93</sup> "Disposizioni in materia di professioni sanitarie". Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 50 del 02 marzo 1999.

<sup>94</sup> Mangiacavalli B., Pulimeno A. M. L., Mazzoleni B., et al. Codice Deontologico delle professioni infermieristiche;2019. Articolo1.

<sup>95</sup> Amati G., Baratto S., Bressan M. Antonietta et al. Corso di Formazione permanente di triage in Pronto Soccorso, SIMEU sezione Lombardia:25.

<sup>96</sup> "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". Articolo 2, comma 1 della Legge 10 agosto 2000, n.251. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 208 del 06 settembre 2000.

<sup>97</sup> Linee Guida sul Triage intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso", Accordo 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia, nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale del 7 dicembre 2001, n. 285.

caratteristica di un Sistema di Triage ben organizzato. La necessità di avvalersi di personale medico, deriva dal fatto che all'infermiere triagista non spetta di effettuare una diagnosi medica, né tanto meno di effettuare un ricovero o di realizzare un percorso terapeutico, ma piuttosto gli viene richiesta una formazione capace di renderlo competente nel valutare le condizioni cliniche dei pazienti e nell'identificarne il problema principale<sup>98</sup>, così da riconoscere prontamente segni di eventuale scompenso o caratteri tipici d'insorgenza di complicanze nel lasso di tempo di permanenza degli stessi nella sala d'attesa. Perciò, compito dell'infermiere triagista sarà quello di regolamentare l'accesso dei pazienti agli ambulatori e di programmarne i tempi assistenziali tramite gestione della sala d'attesa ed organizzazione, secondo ordine di priorità, degli accessi al Pronto Soccorso<sup>99</sup>. La piena autonomia professionale riconosciuta finora ai professionisti operanti nel Sistema di Triage, comporta ovviamente delle responsabilità che, in ambito sanitario, riguarderanno la sfera giuridica, penale e civile. Per non approdare a problematiche giuridiche, agli operatori sanitari è richiesto di rispettare determinati doveri, tra i quali troviamo:

- Quello di assistere qualsiasi persona bisognosa di soccorso, essendo la salute del singolo prerogativa di ogni professionista sanitario;
- Quello della corretta attribuzione del codice di priorità assistenziale relativo ad ogni paziente;
- Quello dell'esatta applicazione di tutte le procedure e di tutti i protocolli previsti dal Presidio Ospedaliero di riferimento;
- Quello di informare correttamente sia i pazienti, sia gli accompagnatori su ogni aspetto del processo di Triage di loro interesse;
- Quello di compilare in maniera chiara, esaustiva e tempestiva la Scheda di Triage;
- Quello di mantenere il segreto professionale riguardo qualsiasi dato sensibile riguardante i pazienti;

---

<sup>98</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage. Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord;6- 7.

<sup>99</sup> Amati G., Baratto S., Bressan M. Antonietta et al. Corso di Formazione permanente di triage in Pronto Soccorso, SIMEU sezione Lombardia:7- 8.

- Quello di denunciare eventuali delitti perseguibili d'Ufficio all'Autorità Giudiziaria o ad altra autorità<sup>100</sup>;

Passando poi alla formazione necessaria allo svolgimento del ruolo di triagista, da un estratto del Codice Deontologico infermieristico che recita: “Quando ci avviciniamo alla persona assistita, bisogna essere in grado di sostenere ogni nostra azione e ogni nostra scelta con dati scientifici, con la nostra disciplina, con discernimento cognitivo, con metodi e strumenti propri, che siano scale di valutazione, processi diagnostici, clinici-assistenziali, analisi dei rischi, valutazione dei bisogni nella loro complessità”<sup>101</sup> è possibile dedurre quanto questa sarà rigida ed articolata. Ad essa, vista la sua complessità, è difatti dedicato il documento 22 maggio del 2003 relativo alle “Linee guida sulla formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza”. In tale documento, in primo luogo, viene specificato che il percorso formativo di coloro i quali opereranno nel sistema dell'emergenza-urgenza sarà peculiare ed uniforme, indipendente dunque dal modello del Servizio Sanitario Nazionale oppure da enti e/o associazioni di volontariato. Agli infermieri coinvolti nell'attività di Triage, infatti, vengono richiesti due livelli interdipendenti di formazione, il primo di tipo base-specifico e il secondo di tipo permanente e improntato all'aggiornamento. I corsi previsti sono finalizzati a rendere l'infermiere in grado di raggiungere requisiti di carattere clinico-assistenziale, di tipo tecnico, di carattere organizzativo ed infine, relativi al campo comunicativo-relazionale.

Tutti i corsi si sviluppano in precise fasi, comprendenti:

- Una parte teorica;
- Una parte pratica;
- La valutazione finale complessiva;

---

<sup>100</sup> Coccia F. Cocorocchio A., Dascoli M. et al. Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore), agosto 2019:21- 2.

<sup>101</sup> Mangiacavalli B., Pulimeno A. M. L., Mazzoleni B., et al. Codice Deontologico delle professioni infermieristiche; 2019.

- La certificazione<sup>102</sup>;

Per quanto concerne la formazione di tipo base-specifica, essa comprende il conseguimento della Laurea triennale, almeno 6 mesi di esperienza di lavoro nei Pronto Soccorso e corsi di Basic Life Support dedicati sia agli adulti, che ai pazienti pediatrici. A seguito dei 6 mesi di esperienza diretta, verrà avviato un percorso di addestramento in area di Triage con iniziale periodo di affiancamento di durata dalle 2 alle 3 settimane. Lo scopo consiste nel garantire l'apprendimento delle procedure e del sistema organizzativo del servizio. L'affiancamento si snoderà attraverso quattro fasi consecutive:

1. Osservazione attenta dell'attività;
2. Esperienza pratica sotto il controllo dell'infermiere anziano;
3. Pratica diretta;
4. Convalida finale da parte di un tutor;

Molte delle attività formative sono elargite dal Gruppo di Formazione Triage o GFT, una Società scientifica italiana di studio e formazione sul Triage di Pronto Soccorso, accreditata presso il Ministero della Salute<sup>103</sup>.

Il fulcro principale di una formazione così minuziosamente accurata è rappresentato dal fatto che ogni caso che si presenti al Pronto Soccorso, meriterà di essere esaminato con meticolosa perizia per soddisfare il più possibile uno dei principi cardine della qualità dell'assistenza, ovvero, l'accuratezza nelle cure. Incastonate tra tutti i pazienti che accedono al servizio di Triage, con frequenza sempre più importante nel corso degli anni, si trovano donne in gravidanza per le quali l'appropriatezza dell'assistenza potrà essere davvero garantita solamente se, all'interno del sistema di Triage saranno coinvolte Ostetriche altrettanto adeguatamente formate, cioè quelle figure professionali

---

<sup>102</sup> Accordo 22 maggio 2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee-guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza".

<sup>103</sup> Amati G., Baratto S., Bressan M. Antonietta et al. Corso di Formazione permanente di triage in Pronto Soccorso, SIMEU sezione Lombardia. Edizione 2002: 23- 4.

specificamente incaricate della cura della diade donna-feto e, più nel generale, della donna in tutte le fasi del suo ciclo biologico. Per questa ragione, nel corso degli anni, in varie realtà ospedaliere è andato sviluppandosi un Sistema di Triage prettamente di tipo Ostetrico-Ginecologico.

## CAPITOLO 3. IL TRIAGE OSTETRICO-GINECOLOGICO

### 3.1 L'IMPORTANZA DEL TRIAGE OSTETRICO-GINECOLOGICO PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI STANDARD DI CURA

Secondo l'OMS, il miglioramento della qualità della vita di madre e neonato rappresenta uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale, tanto da raccomandare che, nel rispetto della fisiologia e compatibilmente con la sicurezza delle pazienti, il percorso nascita sia garante di madri e neonati in perfetta salute senza eccedere nella medicalizzazione dell'evento nascita e, quindi, con l'utilizzo di livelli di cura il più bassi possibile<sup>104</sup>. Durante l'approccio a donne in gravidanza, specialmente in ambito di Triage, per poter assicurare una buona qualità assistenziale innanzitutto è opportuno ricordare che il rischio clinico "comune", associato dunque a qualsiasi tipologia di paziente, non combacia col concetto di rischio ostetrico. Il rischio comune si definisce come la probabilità che possa verificarsi un evento, più precisamente avverso o nocivo, come conseguenza di situazioni non sempre presumibili e che questo evento possa provocare *un danno o disagio involontario al paziente imputabile alle cure sanitarie, tale da causare un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento della condizioni di salute dello stesso o la morte*<sup>105</sup>. Per quanto riguarda il rischio ostetrico, esso rappresenta: "[...] la presenza di un rischio che può manifestarsi con complicanze per la madre e/o il feto/neonato durante tutto il percorso nascita, ovvero durante la gravidanza, parto od il puerperio. Il concetto si connota di un forte aspetto dinamico, infatti un determinato rischio presente in una fase specifica della gravidanza, non necessariamente può condizionare

---

<sup>104</sup> "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)". Direzione generale della programmazione sanitaria; Direzione generale della prevenzione sanitaria – Comitato Percorso Nascita nazionale. Ministero della Salute 23 ottobre 2017:2.

<sup>105</sup> De Sanctis Lucentini E., Marconi M., Bevilacqua L. et al. "Risk management in Sanità; Il problema degli errori". Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema. Ministero della Salute marzo 2003:9.

l'esito della stessa"<sup>106</sup>. Il dinamismo associato alla gravidanza fa sì che essa ed il parto, per quanto eventi fisiologici, possano talvolta complicarsi in modi non prevedibili e con conseguenze gravi per la donna, per il feto e per il neonato. Per quanto riguarda gli ultimi anni, parallelamente alla gravidanza sono andati aumentando alcuni tra i fattori di rischio più comunemente riscontrabili durante la gestazione, ciò ha comportato un aumento sia delle cure, sia dei controlli da effettuare. Una delle ragioni alle quali può imputarsi la responsabilità di tale incremento è rappresentata dall'aumento dell'età media al parto che vede, secondo il rapporto CEDAP redatto nel 2017 e più precisamente nelle Marche, il 62.06% di donne gravide con età compresa fra i 30 e i 39 anni e con età media al primo parto uguale a 31 anni<sup>107</sup>. Tra i fattori di rischio ad aver subito un aumento, troviamo:

- L'ipertensione: 10.7% tra le 32 e le 36 settimane gestazionali; 87% a settimane gestazionali maggiori o uguali di 37;
- Il Diabete Gestazionale (GDM): 7.9% tra le 32 e le 36 settimane gestazionali e 91.2% in caso di settimane gestazionali uguali o superiori alle 37;
- Il parto pretermine che, nelle Marche, ha raggiunto percentuali pari al 4.6% tra le 34 e le 36 settimane gestazionali e al 93.8% tra le 37 e le 41 settimane<sup>108</sup>;
- Ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);
- Gemellarità;
- Distacco di placenta;
- Infezioni;

L'età materna avanzata al momento del parto, oltre a comportare problematiche di salute nella donna in gravidanza, si riflette negativamente sulle condizioni dei nati, infatti, secondo l'indagine PERISTAT effettuata nel 2015, 8 su 1000 nati presentavano deficit cognitivi e/o sensoriali a causa di parti pretermine, anomalie congenite, malformazioni e

---

<sup>106</sup> Cappadona R. "Gestione delle emergenze in ostetricia", Università degli Studi di Ferrara, Corso di laurea in ostetricia. C.I. "Medicina pre e perinatale, pediatria":38.

<sup>107</sup> Boldrini R., Di Cesare M., Basili F. et al. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Analisi dell'evento nascita – Anno 2017:27- 9.

<sup>108</sup> La salute riproduttiva della donna, Istituto Nazionale di Statistica ISTAT 2017:41- 51.

“Intrauterine Growth Restriction” o IUGR<sup>109</sup>. Oltre all’analisi dei fattori di rischio, ad oggi, per poter tracciare lo sviluppo di una gravidanza e poter comprendere la qualità d’assistenza prestata alle paziente, un altro parametro imprescindibile, considerato uno dei cardini per la valutazione delle cure erogate, è l’indicatore relativo alla mortalità materna che recentemente e specialmente nei Paesi più industrializzati, è andato diminuendo. La decima revisione dell’*International Classification of Disease (ICD-10)* definisce la morte materna come: “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”. Normalmente, le morti materne vengono classificate in:

1. Dirette: risultano da complicanze ostetriche della gravidanza, del parto e del puerperio per interventi, omissioni o trattamenti inopportuni. Tra le cause più frequenti si individuano la trombosi e il tromboembolismo, l’emorragia, l’ipertensione, l’embolia da liquido amniotico, le morti precoci in gravidanza, la sepsi e le morti associate all’anestesia.
2. Indirette: risultano da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza o aggravate dalla gravidanza quali le patologie cardiache, le neoplasie e le morti da malattie psichiatriche dovute, ad esempio, al suicidio<sup>110</sup>.

Dalla stessa revisione sono state elaborate ulteriori definizioni, ovvero:

- Morte tardiva: morte di una donna per cause ostetriche dirette od indirette oltre i 42 giorni, ma entro un anno dal termine della gravidanza. L’aumento del lasso di tempo preso in considerazione deriva dalla crescente convinzione che una restrizione temporale entro i 42 giorni dal parto rappresenti una limitazione al rilevamento di tutte le effettive morti materne.

---

<sup>109</sup> “European Perinatal Health Report; Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015”. IV Rapporto Euro-Peristat sulla Salute Perinatale;2015:22.

<sup>110</sup> “Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”. Dipartimento della qualità; Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ministero della Salute, aprile 2007:5- 6.



- Morte correlata alla gravidanza: morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, indipendentemente dalla causa della morte. Tale definizione include perciò anche morti per cause accidentali o per infortunio<sup>111</sup>.

Le morti materne dirette, ovvero quelle strettamente correlate al verificarsi di conseguenze date da complicazioni ostetriche, possono essere quantificate dal *Direct Maternal Mortality Ratio* o DMMR, indice che tra il 2006 e il 2012, in Italia, ha raggiunto un totale di 149 morti<sup>112</sup>. Come indicatore il DMMR risulta assai importante, dal momento che permette di quantificare la sottocategoria di morti materne a più alta evitabilità, poiché riconducibili ad una qualità di cura al di sotto degli standard<sup>113</sup>. La *substandard care* può essere distinta in:

- Maggiore: si ha quando un diverso management avrebbe potuto determinare un esito diverso, ovvero quando contribuisce in maniera sostanziale alla morte della paziente.
- Minore: quando un diverso management avrebbe potuto comportare risultati differenti, ma la sopravvivenza materna era, in ogni caso, improbabile, dunque quando il contributo dell'assistenza non contribuisce in modo rilevante alla morte.
- Incidentale: quando un diverso management non avrebbe comunque modificato l'esito finale<sup>114</sup>.

---

<sup>111</sup>“Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”. Dipartimento della qualità; Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ministero della Salute, aprile 2007:5- 6.

<sup>112</sup> Donati S., Maraschini A., Lega I. et al. Maternal mortality in Italy: Results and perspectives of record-linkage analysis; on-line all'URL <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29956300/> (ultima consultazione 09/2021)

<sup>113</sup> La salute riproduttiva della donna, Istituto Nazionale di Statistica ISTAT 2017: 114.

<sup>114</sup> “Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”. Dipartimento della qualità; Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ministero della Salute, aprile 2007:5- 6.

Ciò ci aiuta a ribadire quanto un'adeguata assistenza in gravidanza sia importante, essa infatti rappresenta uno dei punti principali delle politiche per la salute materno-infantile. Secondo la Base del Piano Sanitario Nazionale, una corretta assistenza deve poter basarsi, per essere definita tale, su alcuni aspetti principali, tra cui:

1. Appropriata
2. Efficacia
3. Qualità
4. Sicurezza<sup>115</sup>

Al fine di assicurare ad ogni donna in gravidanza ognuno degli elementi sopracitati, sarebbe perciò importante che il sistema territoriale di emergenza-urgenza sanitaria e, più precisamente, intraospedaliero, si attrezzasse con Sistemi di Triage di tipo ostetrico-ginecologico e neonatale. A conferma di quanto appena enunciato, è possibile avvalersi di diversi studi osservazionali effettuati proprio per dimostrare la correlazione tra la maggiore correttezza nell'attribuzione del codice colore associato alle patologie ostetriche o ginecologiche e la presenza, in ambito di Triage, di personale prettamente ostetrico. Uno di questi studi è quello effettuato presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologica della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico "San Matteo" di Pavia svolto nel 2010. L'obiettivo dello studio consisteva nel valutare e descrivere la qualità del servizio erogato dal Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico presente nel Presidio Ospedaliero. I risultati dello studio dimostrano che nel 68.85% dei casi analizzati, il codice colore attribuito alla sintomatologia clinica delle pazienti fosse corretto<sup>116</sup>. Risultati simili al precedente, d'altronde, non dovrebbero sorprendere poiché il Sistema di Triage Ostetrico-Ginecologico rappresenta perfettamente una delle sfaccettature dell'ampia sfera di competenze dell'Ostetrica/o. Per avvalorare quanto detto è possibile prendere come esempio, tra i tanti

---

<sup>115</sup> "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000". Decreto ministeriale 24 aprile 2000:1- 7. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 07 giugno 2000, n. 131, S.O. n. 89.

<sup>116</sup> 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", 2011:1- 4.

testi a disposizione, sia la legge n.251 del 10 agosto del 2000, sia il “Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto” del 2008. Esso spiega che alle fondamenta di un evento tragico quanto la morte materna vi sia un’assistenza al di sotto degli standard di cura e che tra le principali cause di questo fenomeno siano presenti la scorretta diagnosi, data dall’incapacità di rilevare l’effettiva gravità della condizione clinica delle pazienti e la mancata rivalutazione della scelta terapeutica da parte di personale esperto. Una volta chiarito ciò, la raccomandazione volge l’attenzione al Triage Ostetrico, dipingendolo come uno degli strumenti essenziali per l’impostazione di iter di cura appropriati per le pazienti e, quindi, come soluzione per la riduzione del fenomeno delle morti materne<sup>117</sup>. Pertanto, è importante che alle donne, in qualsiasi fase del loro ciclo biologico, ai feti o ai neonati possa essere assicurata la presenza di personale ostetrico specificamente formato in area di Triage Ostetrico-Ginecologico.

### 3.2 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il Triage Ostetrico-Ginecologico, rappresentando un modello assistenziale su stampo del Sistema di Triage infermieristico, risulta fondato sulle stesse normative a carattere nazionale che regolano l’organizzazione generale dei Pronto Soccorso. Tra queste, dunque, vanno ricordati il Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo del 1969 e quello del 1992, i quali costituiscono le radici organizzative del Sistema di risposta alle Emergenze-Urgenze. All’interno di questi Decreti viene specificato che servizi come quello del Pronto Soccorso debbano obbligatoriamente essere messi a disposizione dei cittadini nell’arco di tutte le 24 ore e che tali sistemi è necessario che siano ben collegati a livello territoriale, provinciale e poi regionale agli altri presidi sanitari, al fine di assicurare uniformità assistenziale ai cittadini. Più di recente, la regolamentazione del Sistema di

---

<sup>117</sup> “Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”. Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III, Ministero della Salute, aprile 2007:6- 7.

Triage può ritrovarsi all'interno delle "Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero" del 2019, testo che riassume al suo interno tutto quello che costituisce il modello di Triage, a partire dalla sua definizione, fino ad arrivare all'enumerazione dei suoi requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi.

Particolarmente rilevanti sono anche tutti quei documenti tramite i quali è andata evolvendosi la codifica a colori da utilizzare durante la decisione di Triage. Essa venne per la prima volta definita tramite un sistema a quattro codici col Decreto del 27 marzo del 1969, riconfermata nelle Linee Guida n. 1 del 1996 e successivamente modificata con le "Linee d'Indirizzo per l'attività di Triage di Pronto Soccorso" del luglio 2012. Quest'ultimo documento rappresenta un punto di svolta normativo perché, a partire da esso le colorazioni vennero portate a cinque ed affiancate, inoltre, a codici di tipo numerico, con lo scopo di migliorare la correlazione tra la gravità della sintomatologia riscontrata dagli operatori di Pronto Soccorso e la vasta gamma delle patologie manifestate dai pazienti e, quindi, con l'obiettivo di migliorare la qualità della cure prestate ad ogni cittadino. La codifica a cinque colori, riconfermata anche dalle "Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero" del 2019, appare come segue:

- Codice Rosso o 1 per le emergenze. Attribuito per condizioni che comportano l'assenza o la compromissione di una o più funzioni vitali e richiedente accesso immediato alle cure;
- Codice Arancione o 2 per le urgenze. Assegnato in caso di rischio di compromissione delle funzioni vitali o per condizioni a rischio evolutivo o dolore severo, ma stabili. Prevede accesso al trattamento entro 15 minuti;
- Codice Azzurro o 3 per le urgenze differibili. Associato a condizioni stabili e non a rischio evolutivo, con sofferenza e impatto sulle condizioni generali. L'accesso alle cure va effettuato entro 60 minuti;
- Codice Verde o 4. Attribuito a condizioni stabili che richiedono prestazioni diagnostiche-terapeutiche semplici e di tipo mono-specialistico, con trattamento da garantire entro i 120 minuti;

- Codice Bianco o 5 per le situazioni di non urgenza. La problematica associata al paziente è di scarsa rilevanza clinica e l'accesso ai trattamenti deve avvenire entro i 240 minuti<sup>118</sup>;

Nel luglio 2020, con il Documento del Ministero della Salute “Specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso” presente nel sito ufficiale della Regione Marche, è stato effettuato l'ultimo aggiornamento per la codifica a colori. Esso prevede che ai precedenti cinque codici ne vengano aggiunti ulteriori tre, ovvero:

- Prestazione di Osservazione Breve Intensiva (OBI) o T6
- Codice Nero per paziente deceduto o TN
- Codice colore non ancora eseguito o TX<sup>119</sup>

Riguardo specificatamente al Triage Ostetrico-Ginecologico, è importante elencare documenti di riferimento quali:

- Il Decreto Ministeriale 24 aprile 2000: “Adozione del Progetto Obiettivo materno-fetale (POMI) relativo al “Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000””;
- La Raccomandazione del Ministero della Salute n. 6 marzo del 2008: “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto”;
- La Raccomandazione n. 11, gennaio 2010: “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra-ospedaliero);
- L'Accordo 16 dicembre 2010 tra il Governo e le Regioni riguardo: “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”;

---

<sup>118</sup> “Linee d'indirizzo per l'attività di Triage di Pronto Soccorso”, proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, luglio 2012:6- 7.

<sup>119</sup> [Allegato n. 1 Giunta Regionale Regione Marche](#)

- La Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso”;
- La Raccomandazione n. 16, aprile 2014: “Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita”;
- Le Linee di indirizzo sull’organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN), Ministero della Salute – Comitato Percorso Nascita nazionale 19 dicembre 2014;
- La Delibera n.847 della Giunta regionale della Regione Marche “Attivazione del Sistema di Trasporto Assistito Materno e del Sistema di Trasporto di Emergenza Neonatale nella Regione Marche (S.T.A.M. e S.T.E.N.)” del 12 luglio 2014;
- Decreto Ministeriale dell’11 novembre 2015 relativo al “Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili”;
- Le Linee di indirizzo per la definizione e l’organizzazione dell’assistenza in autonomia da parte dello ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO) del 23 ottobre 2017;

Il documento madre di tutte le norme sopracitate è rappresentato dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI), poiché esso racchiude al suo interno tutto ciò che concerne l’assistenza durante il Percorso Nascita. Infatti, il POMI si preoccupa di strutturare attentamente la rete di tutti i servizi messi a disposizione non solo per le donne in gravidanza, ma anche per la coppia, per il feto-neonato e per tutti coloro che necessitino di informazione e formazione relativa alla sfera ostetrica/ginecologica. All’interno del POMI, perciò, si concentra tutto ciò che concerne la Salute Sessuale e ogni azione o indicazione utile al suo sostegno. Nel documento, dunque, è possibile trovare tanto capitoli riguardo maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori, quanto capitoli relativi alla salute della donna in tutte le fasi del suo ciclo biologico e, inoltre, riguardanti l’organizzazione in tre differenti livelli assistenziali delle Unità Operative di Ostetricia e Neonatologia. Tale organizzazione comporta che a disposizione delle donne in gravidanza e dei feti e/o

neonati sarà presente una rete assistenziale variegata e, dunque, maggiormente in grado di avvicinarsi a tutte le possibili condizioni cliniche a loro associate. Nel corso degli anni, a questa distinzione sono state apportate delle modifiche a seguito delle quali, da tre livelli assistenziali, si è passati a due. Il nuovo assetto delle Unità Operative è presente sia all'interno dell'Accordo del 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano<sup>120</sup>, sia all'interno del "Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili" relativo al Decreto Ministeriale dell'11 novembre 2015<sup>121</sup>. Nonostante le modifiche apportate al modello organizzativo dei Presidi Ospedalieri, sia per le Unità Operative di Ostetricia di primo livello che per quelle di secondo livello, è importante sottolineare che tra gli standard operativi è sempre presente quello di un'assistenza e copertura ostetrica 24/24h elargito dai Pronto Soccorso. Altri elementi regolamentati dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile sono il Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e il Sistema di Emergenza del Neonato (STEN). A questi è dedicato il paragrafo 2.1 relativo al capitolo "Il Percorso Nascita", dove è possibile leggere che sia lo STAM che lo STEN dovrebbero garantire un trasferimento celere, sicuro ed efficiente della donna in gravidanza e/o del neonato tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ed Accettazione (DEA) di primo e secondo livello, sulla base delle esigenze dei pazienti e delle risorse disponibili negli ospedali. Tale trasferimento è garantito dal sistema di mezzi di soccorso proprio del Servizio di 118<sup>122</sup>. Il trasporto in sicurezza della donna in gravidanza o del neonato viene poi ripreso, come accennato precedentemente, dalle "Linee di Indirizzo sull'organizzazione del sistema di

---

<sup>120</sup> Accordo 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "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."

<sup>121</sup> "Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1 D.M. 11/11/2015)", Direzione Generale della programmazione sanitaria – Direzione generale della prevenzione sanitaria, Comitato Percorso Nascita nazionale - Ministero della Salute, 2015.

<sup>122</sup> "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000":9- 10. Decreto ministeriale 24 aprile 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 07 giugno 2000, n. 131, S.O. n. 89.

trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN)” del 19 dicembre 2014. L’obiettivo principale di tale documento consiste nel chiarire che il fulcro di un trasferimento corretto tra centri assistenziali sta nell’adeguata individuazione del livello di rischio associato alla gravidanza o delle condizioni del neonato, ad esempio, al momento della loro valutazione in ambito di Triage Ostetrico-Ginecologico. Una volta definita l’effettiva condizione del paziente si potrà procedere al trasporto tra i centri *Hub*, ovvero di secondo livello e i centri *Spoke*, ovvero di primo livello o viceversa<sup>123</sup>. Sempre legata al trasporto dei pazienti, troviamo anche la sopra citata Raccomandazione n. 11 del gennaio 2010 relativa alla “Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto intraospedaliero, extra-ospedaliero”. Il documento cerca di sostenere tutti gli operatori sanitari nella prevenzione degli eventi sentinella che potrebbero portare all’esito fatale dei pazienti durante i trasferimenti. Nella Raccomandazione, il trasporto viene distinto in: trasferimento in condizioni di urgenza e trasferimento programmato. Quello in urgenza rappresenta la categoria richiedente lo spostamento dei pazienti tra Presidi Ospedalieri di differente livello e quindi, trasposto in ambito ostetrico-ginecologico, quello assimilabile al trasporto neonatale STEN e a quello assistito materno STAM. Nel documento viene rafforzato il concetto che il trasferimento debba essere svolto da operatori sanitari specializzati e, per quanto riguarda il trasporto neonatale, con comprovata esperienza in reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Infine, nel testo vengono elencate tutte quelle azioni volte a prevenire o ridurre eventuali eventi avversi. Tra di esse troviamo la formazione del personale addetto al trasferimento dei pazienti, l’utilizzo in sicurezza e la manutenzione di tutti i mezzi di trasporto, nonché della strumentazione utile alla rianimazione dei pazienti e l’idoneità del sistema di comunicazione tra i vari Presidi Ospedalieri<sup>124</sup>. Sempre riguardo la prevenzione

---

<sup>123</sup> “Linee di indirizzo sull’organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN)”. Comitato Percorso Nascita Nazionale, Direzione generale della prevenzione sanitaria – Direzione generale della programmazione Sanitaria, Ministero della Salute del 19 dicembre 2014:2- 3.

<sup>124</sup> “Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”, Raccomandazione n. 11, gennaio 2010:4- 6. Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Uffici III, Ministero della Salute.



dell'evento morte e, nello specifico, delle morti materne, è stata stilata la "Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" n. 6 del marzo 2008. Nel documento è chiaramente precisato che la morte materna può essere determinata da standard di cura al di sotto di quelli accettabili e che uno strumento per ovviare a scorrette valutazioni cliniche, sia proprio quello del Triage Ostetrico-Ginecologico. Esso, infatti, garantirebbe il riconoscimento precoce di eventuali complicanze relative alla gravidanza o al puerperio, sia relative alla donna che al feto-neonato e un loro trattamento più tempestivo ed efficace. Infine, nella Raccomandazione è nuovamente ricordato che una volta definita la gravità della condizione del paziente, all'eventuale ricovero dovranno poter seguire percorsi assistenziali precisi e differenziati, garantiti da una rete sanitaria ben solida<sup>125</sup>. In conclusione, facendo riferimento all'importanza non solo della scelta diagnostica-terapeutica ed assistenziale più idonea al profilo di rischio della gravidanza o alle condizioni del neonato, ma anche a quella della presenza di percorsi di cura idonei ad ogni condizioni clinica, è importante citare a livello normativo anche le "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO)" del 23 ottobre 2017. Tale testo cerca di privilegiare l'assistenza fisiologica per le gravidanze scevre da complicanze, in modo tale da ridurre il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita. Nel documento si suggerisce che ogni Regione e Provincia autonoma dovrebbe istituire ed attivare, all'interno di ogni Punto Nascita, delle aree per la gestione delle gravidanze a Basso Rischio Ostetrico e vi si trovano elencati tutti i requisiti a cui tale aree devono far riferimento per poter essere a norma<sup>126</sup>. Altra Raccomandazione contenente spunti di tipo organizzativo, comportamentale e strutturale finalizzati a prevenire e/o ridurre eventi quali la morte dei pazienti a cui si riferisce, è la n. 16 dell'aprile 2014 "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità

---

<sup>125</sup> "Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" n. 6 del marzo 2008;5- 8. Dipartimento della qualità – Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III, Ministero della Salute.

<sup>126</sup> "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)", Direzione Generale della programmazione sanitaria – Direzione generale della prevenzione sanitaria, Comitato Percorso Nascita Nazionale, Ministero della salute, 23 ottobre 2017:2- 4.

permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita”. In sostanza, tale documento disapprova fortemente la discontinuità nell’assistenza al neonato, esattamente come in alcuni passi del Progetto Obiettivo Materno-Infantile, indicandola come una delle cause preponderanti di morte o grave danno ai pazienti. Nel documento, infine, le strategie pensate per la salvaguardia del neonato vengono ben distinte in base a se la valutazione clinica avvenga in fase prenatale, della nascita o post-natale. Per quanto diversi, questi momenti risultano tutti accumulati da una stessa indicazione, ovvero dalla necessità che nei Presidi Ospedalieri siano presenti, preferibilmente 24/24h, operatori sanitari specificamente formati a riconoscere prontamente fattori di rischio importanti per la donna-feto o per il neonato<sup>127</sup>.

Relativamente al Sistema di Triage Ostetrico-Ginecologico, è doveroso passare alla trattazione di tutti quei testi e quelle leggi relativi alla figura dell’Ostetrica/o e alla sua autonomia professionale. Rappresentando una delle varie professioni sanitarie previste nel quadro del Sistema Sanitario Nazionale, la figura dell’Ostetrica/o viene regolamentata dalle stesse leggi precedentemente citate, ovvero dalla legge 42 del 1999 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, dalle legge 251 del 2000 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica” e dalla legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. La prima, ovvero “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” del 1999, riguarda da vicino la figura professionale dell’Ostetrica/o poiché rappresenta quel documento col quale venne abrogato il regolamento relativo al mansionario infermieristico, approvato dal Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo del 1974, n. 225. Ciò comportò automaticamente l’attribuzione di una maggiore autonomia e responsabilità lavorativa anche per l’Ostetrica/o, in quanto professione sanitaria ormai da non considerarsi più ausiliaria, come enunciato chiaramente

---

<sup>127</sup> “Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita”, n. 16 dell’aprile 2014. Dipartimento della programmazione e dell’ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale della programmazione sanitaria, Ufficio III, Ministero della Salute, 2014.

all'articolo 1 della suddetta legge<sup>128</sup>. La rinnovata responsabilità della professione viene ulteriormente sancita dalla legge 10 agosto del 2000, n. 251, precisamente all'articolo 1 dove è dichiarato che ogni azione svolta dagli operatori sanitari chiamati in causa dal documento, sarà basata su piena consapevolezza ed autonomia professionali<sup>129</sup>. Sempre grazie all'articolo corrente, è possibile ricollegare la figura professionale dell'Ostetrica/o al Sistema di Triage Intraospedaliero Ostetrico-Ginecologico, al suo interno, infatti, è possibile leggere che tra le varie attività che questo operatore sanitario può svolgere rientrano tutte quelle garanti la salvaguardia, la cura e la prevenzione della salute dei cittadini, tutti aspetti sicuramente assicurati da uno strumento come il Triage. L'ultima legge che merita di essere citata è, appunto, la n. 24 del 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Il suo nodo principale riguarda il riportare all'attenzione il fatto che la sicurezza nelle cure rappresenti una parte fondamentale del Diritto alla Salute e che essa sia fortemente interconnessa all'erogazione di prestazioni sanitarie adeguate alle esigenze del singolo paziente, garantite ovviamente dalla presenza di personale sanitario adeguato ad ogni situazione che possa presentarsi. All'articolo 5 della stessa legge viene anche chiarito che, durante l'esercizio delle prestazioni sanitarie, il personale ha l'obbligo di attenersi alle raccomandazioni inserite all'interno delle Linee Guida nazionali o alle procedure e protocolli previsti dal singolo Presidio Ospedaliero, al fine di assicurare ai pazienti un'alta qualità di cura<sup>130</sup>.

A questo punto, è possibile passare all'analisi dei documenti unicamente dedicati alla figura dell'Ostetrica/o, dunque, sia del Profilo Professionale individuato dal Decreto 14 settembre 1994, n. 740 che del Codice Deontologico della Professione Ostetrica

---

<sup>128</sup> "Disposizioni in materia di professioni sanitarie". Articolo 1 della Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 50 del 02 marzo 1999.

<sup>129</sup> "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". Articolo 1 della Legge 10 agosto 2000, n. 251. Pubblicata nella Gazzetta ufficiale n. 208 del 6 settembre del 2000.

<sup>130</sup> "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale del 17 marzo 2017.

revisionato per l'ultima volta proprio nell'anno corrente. Il Profilo Professionale rappresenta il documento all'interno del quale, su responsabilità del Ministro della Sanità, la figura dell'Ostetrica/o viene delineata in tutto ciò che la costituisce. Infatti, al suo interno non solo è possibile trovare la definizione ufficiale di tale professione sanitaria, ma anche la schematizzazione di tutte le aree di sua competenza, comprensive di doveri ed obblighi da rispettare e portare a compimento in completa autonomia<sup>131</sup>. Per quanto riguarda il Codice Deontologico della Professione Ostetrica, esso definisce tutte le regole alle quali questo professionista sanitario deve attenersi per poter svolgere, a servizio della salute collettiva, le proprie mansioni e riassume inoltre le sanzioni verso le quali gli operatori sanitari potrebbero approdare, nel caso in cui non dovessero rispettarle<sup>132</sup>. All'interno di entrambi i documenti, focalizzando nuovamente l'attenzione sul Sistema di Triage, è possibile rintracciare punti utili a ribadire la legittimità della presenza del personale ostetrico nella sua gestione. Essi possono essere così elencati:

- Articolo 3 del Profilo Professionale: esso afferma che nel lavoro in equipe, all'Ostetrica/o possono essere affidate tutte le mansioni di sua competenza che verranno gestite in rispetto della propria etica professionale;
- Articolo 5 del Profilo Professionale: questo articolo chiarisce che alcune delle abilità dell'Ostetrica/o consistono nel saper riconoscere situazioni potenzialmente o francamente patologiche e nel saperle trattare efficacemente, in attesa dell'intervento medico, anche quando occorra effettuare misure di particolare emergenza;<sup>133</sup>
- Articolo 5, Titolo II – Esercizio della Professione Ostetrica: rappresenta un esatto riepilogo di quanto affermato dagli articoli precedentemente trattati. Infatti,

---

<sup>131</sup> “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o”. Decreto 14 settembre 1994, n. 740 del Ministero della Sanità. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 6 del 09 gennaio 1995.

<sup>132</sup> “Trasmissione Nuovo Codice Deontologico della Professione Ostetrica: testo approvato dalla Commissione e dal CC FNOPO n. 1/2021”. Circolare n. 12/2021.

<sup>133</sup> “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o”. Articolo 3 ed Articolo 5 del Decreto 14 settembre 1994, n. 740 del Ministero della Sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 6 del 09 gennaio 1995.

dichiara che l'Ostetrica/o oltre a dedicarsi in completa autonomia a tutto ciò che durante la gravidanza, il parto, l'assistenza al neonato ed il puerperio, sia esclusivamente fisiologico, deve saper riconoscere condizioni patologiche e praticare eventuali manovre d'emergenza nell'attesa dell'arrivo del personale medico. Inserita in un'equipe sanitaria, l'Ostetrica/o porterà a termine tutte le mansioni che le verranno assegnate, se di sua competenza, con la dovuta perizia ed autonomia professionali ed infine, assisterà il medico durante l'espletamento di tutti quei parti non fisiologici;

- Articolo 18, Titolo III – Doveri dell'esercente la Professione Ostetrica: l'articolo spiega chiaramente che situazioni di emergenza/urgenza possono essere gestite dalla figura dell'Ostetrica/o, recitando: "[...]Nelle situazioni di emergenza o di urgenza l'ostetrica/o e i componenti del team sanitario assicurano le cure necessarie nel rispetto della volontà della paziente se espressa o delle Disposizioni Anticipate di Trattamento se sussistenti, ove le sue condizioni cliniche, le circostanze, le raccomandazioni previste dalle Linee Guida o le buone pratiche clinico-assistenziali, l'ordinamento giuridico e le regole del presente Codice consentano di recepirle"<sup>134</sup>.

Una volta stabilito che il Sistema di Triage Ostetrico-Ginecologico rappresenta senza ombra di dubbio uno dei campi d'azione della Professione Ostetrica, è possibile passare alle norme che ne regolano la formazione richiesta. Considerata l'universalità dei requisiti formativi necessari all'espletamento del processo di Triage, le normative riferite a questo argomento saranno, per la Professione Ostetrica, le stesse citate per la figura professionale dell'infermiere. Ricordandone le denominazioni, esse sono:

- Il documento 22 maggio del 2003 relativo alle “Linee guida sulla formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza”;

---

<sup>134</sup> “Trasmissione Nuovo Codice Deontologico della Professione Ostetrica: testo approvato dalla Commissione e dal CC FNOPO n. 1/2021”. Circolare n. 12/2021:3- 7.

- Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206: “Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell’adesione di Bulgaria e Romania”
- La legge n. 24 dell’8 marzo 2017: “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;

Con l’Accordo del 22 maggio del 2003, come precedentemente detto, la formazione richiesta agli operatori sanitari implicati nel processo di Triage comprenderà una parte di tipo base-specifica, relativa innanzitutto alla professione sanitaria d’appartenenza e caratterizzata, in aggiunta, da aspetti relativi peculiarmente al Sistema di Triage<sup>135</sup>. Successivamente ad essa, dovrà essere seguita una formazione definita “permanente”, con la quale gli operatori sanitari implementeranno conoscenze relative agli aspetti assistenziali, organizzativi, tecnologici e relazionali del Sistema di Triage e che sarà responsabilità del professionista sanitario aggiornare costantemente. Per quanto riguarda unicamente la Professione Ostetrica, è una delle abilità richieste a questo operatore sanitario a meritare particolare attenzione, ovvero, la capacità di effettuare un’Ecografia Office. Stando a quanto affermato dalle Linee Guida SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica) del 2015 l’Ecografia Office, ovvero l’ecografia di supporto medico o alla visita ostetrica o ginecologica, rappresenta un esame perfettamente rientrante all’interno delle nuove competenze raggiunte dalla figura professionale dell’Ostetrica/o<sup>136</sup> e non facente parte invece delle attività previste per la professione infermieristica, come specificato anche nel Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206: “Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle

---

<sup>135</sup> Accordo 22 maggio 2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: “Linee-guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza”:6- 7.

<sup>136</sup> Rizzo G., Cali G., Franchi D. et al. Linee guida SIEOG, Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica, edizione 2015:72- 73.

persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania". Trasportando quanto appena detto nel contesto triagista, l'opportunità di poter effettuare un tale esame permetterebbe la valutazione di una vastissima gamma di fattori relativi sia alle condizioni della donna in gravidanza, che al benessere fetale e il tempestivo riconoscimento di condizioni potenzialmente o chiaramente patologiche, da parte di personale realmente idoneo e correttamente formato.

### 3.3 LA PROFESSIONE OSTETRICA E LA FORMAZIONE IN AMBITO DI TRIAGE

Come chiarito nei capitoli precedenti, nel corso degli ultimi anni il Sistema di Triage ha abbracciato l'ambito ostetrico-ginecologico per migliorarne l'accoglienza e, dunque, la prima assistenza ai pazienti. Perciò, per quanto all'interno del Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo del 1992 e delle Linee Guida n.1/1996 la figura professionale dell'infermiere sia riconosciuta come l'unica incaricata di svolgere un ruolo triagista, la legittimità della presenza del personale ostetrico nel contesto della risposta alle emergenze/urgenze ostetrico-ginecologiche e neonatologiche è più che consolidata da una vasta gamma di normative, molte delle quali citate precedentemente.

In aggiunta a quanto detto, va ricordato che alcune tra le risorse diagnostiche più importanti per la valutazione delle condizioni di salute di una donna in gravidanza e di un feto durante il processo di Triage, esulano completamente dal campo di competenze della Professione Infermieristica. Gli strumenti a cui si fa riferimento sono l'Ecografia Office e il cardiocografo. Per quanto concerne la prima, infatti, la formazione infermieristica non comprende la possibilità di effettuare ecografie, né consente il riconoscimento di parametri fondamentali quali, ad esempio, la quantità di liquido amniotico contenuto nella cavità uterina o relativi ad alterazioni flussimetriche dell'arteria cerebrale media fetale<sup>137</sup>. Per quanto riguarda il cardiocografo, essendo uno strumento prettamente ostetrico, il suo posizionamento e, di conseguenza, la sua lettura e corretta interpretazione spettano

---

<sup>137</sup> Rizzo G., Cali G., Franchi D. et al. Linee guida SIEOG, Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica, edizione 2015:72- 82.

unicamente alle figure Ostetriche, che se ne avvalgono per monitorare l'andamento del battito cardiaco fetale e dell'eventuale attività contrattile uterina, con lo scopo di decifrare segni chiaramente o potenzialmente riconducibili a condizioni di sofferenza fetale dovuti ad insulti ipossici. Infine, come affermato nei paragrafi precedenti, la gravidanza comporta alterazioni fisiologiche di valori come, ad esempio, la frequenza respiratoria o relativi all'assetto cardiovascolare e la conoscenza di tali variazioni, nonché dei parametri vitali relativi al feto, rappresenta la base comune sia della formazione ostetrica, sia della corretta attribuzione del codice colore durante la fase di valutazione in Pronto Soccorso. In linea generale, l'insieme di tutte le azioni che un operatore sanitario come l'Ostetrica/o può svolgere sono contenute all'interno del Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206: "Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania". Tra le varie mansioni elencate all'articolo 48 della legge, quelle particolarmente rilevanti per ribadire che la presenza di figure ostetriche triagiste sia legittima sono:

- L'individuazione di segni d'anomalie o nella donna in gravidanza o nel feto-neonato richiedenti l'intervento medico;
- L'assistenza al medico durante l'effettuazione di interventi o ginecologici od ostetrici;
- La capacità di prendere provvedimenti d'emergenza/urgenza necessari in caso di assenza di personale medico;
- La capacità d'assistenza e cura al neonato, anche quanto essa comprenda l'effettuazione di qualsivoglia manovra d'emergenza, come la rianimazione<sup>138</sup>;

Anche alle figure Ostetriche viene richiesta una formazione specifica utile allo svolgimento di un iter di Triage valido ed idoneo. Tale percorso formativo è descritto dal

---

<sup>138</sup> "Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania". Articolo 48 del Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 261 del 09 novembre 2007.



documento del 22 maggio 2003 “Linee guida sulla formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del persona operante nel sistema di emergenza-urgenza” e si avvale di corsi che comprendono:

- Una parte teorica;
- Una parte dedicata allo svolgimento di attività pratiche;
- Una giudizio complessivo finale;
- Il rilascio della certificazione d’idoneità allo svolgimento dell’attività di Triage;

Il loro scopo consiste nel permettere l’acquisizione di due livelli differenti di formazione, uno di tipo base-specifico e il secondo di tipo permanente, basato principalmente sull’aggiornamento costante delle abilità acquisite dai professionisti sanitari. Per quanto riguarda i requisiti di base-specifici, essi partono dal conseguimento della Laurea triennale e proseguono attraverso:

- Corsi di sostegno, di base ed avanzati, delle funzioni vitali sia nell’età adulta che pediatrica (BLS- D; PBL- D);
- Capacità di supporto, sia di base che avanzato, nelle fasi pre-ospedaliera ed ospedaliera del paziente traumatizzato e adulto e pediatrico<sup>139</sup>;
- Corso di simulazione delle Emergenze Ostetriche;
- Capacità d’utilizzo e conoscenza dei sistemi informatici;
- Abilità nello svolgimento dell’Ecografia Office<sup>140</sup>;

Oltre a quanto appena descritto, è richiesto che l’Ostetrica/o svolga un periodo di lavoro non inferiore ai 6 mesi direttamente in Pronto Soccorso, al quale seguirà un percorso di addestramento specificamente in area di Triage. Lo scopo di tale addestramento, caratterizzato di norma da un periodo di affiancamento di 2 o 3 settimane, sta nel

---

<sup>139</sup> Accordo 22 maggio 2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: “Linee-guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza”:6.

<sup>140</sup> Cappadona R. “Gestione delle emergenza in ostetricia”, Università deli Studi di Ferrara, Corso di laurea in ostetricia. C.I. “Medicina pre e perinatale, pediatria”:17.

permettere l'apprendimento di tutte le procedure che regolano l'attività di Pronto Soccorso. Il periodo di affiancamento prosegue secondo quattro fasi ben precise e consecutive, ovvero:

1. Osservazione attenta, da parte del nuovo operatore, delle attività;
2. Acquisizione di esperienza pratica diretta sotto stretta supervisione di personale già qualificato;
3. Svolgimento in autonomia di un periodo pratico diretto;
4. Ottenimento della certificazione d'idoneità al servizio da parte di un tutor;<sup>141</sup>

Il ruolo di Ostetrica/o triagista comporta delle importanti responsabilità, comunque limitate ad una cerchia di mansioni ben precise. Ciò implica che questa figura professionale dovrà sempre far riferimento, durante il turno lavorativo, al personale medico previsto in ambito di Triage. Infatti, compito dell'Ostetrica/o sarà quello di controllare l'accesso dei pazienti, di identificarne il sintomo principale e, consecutivamente, di valutarne i tempi di avvio alle cure in base alla gravità delle condizioni rilevate, in modo tale da organizzare lo svolgimento delle attività ambulatoriali o delle sale operatorie deputate all'emergenza. Non rientrano invece tra le attività relative a tale figura professionale né la diagnosi dei problemi clinici delle pazienti o dei pazienti neonatologici, né il delineamento di una terapia, né il ricovero dei pazienti nei reparti<sup>142</sup>. Facendo riferimento a quanto la gravidanza rappresenti un evento estremamente delicato, capace di coinvolgere tanto la sfera psicologica, quanto quella emotiva e sociale, è importante sottolineare che le figure Ostetriche, in ambito di Triage, dovranno saper dimostrare notevoli capacità comunicative e relazionali, nonché relative alla sfera psicologica al fine di saper trattare con accortezza e sensibilità qualsivoglia situazione, anche la più critica. Inoltre, essendo quella dell'Ostetrica la figura professionale dedicata completamente alla salvaguardia della Salute

---

<sup>141</sup> Amati G., Baratto S., Bressan M. Antonietta et al. Corso di Formazione permanente di triage in Pronto Soccorso, SIMEU sezione Lombardia. Edizione 2002: 23- 4.

<sup>142</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage. Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:6- 7.

Sessuale della donna durante qualsiasi fase od evento della vita, a questo operatore sanitario spetta anche l'assistenza di donne accorse al Pronto Soccorso perché vittime di maltrattamenti od abusi. In frangenti come quelli appena citati, è fondamentale che la figura sanitaria d'accoglienza sappia mostrare, oltre ad abilità comunicative e relazioni di un certo calibro, anche empatia, sensibilità e sostegno. Per quelle donne che abbiano subito violenze, nei Pronto Soccorso è stato aggiunto il cosiddetto "Codice Rosa", al quale corrisponde il relativo "Percorso Rosa". Esso rappresenta un particolare protocollo finalizzato alla tutela e alla cura di soggetti vittime di violenza e caratterizzato dall'attivazione di un team di operatori specializzati ed adeguatamente formati, preposto ad effettuare tutti gli esami e le consulenze mediche necessarie per la paziente. Il "Percorso Rosa" prevede anche che all'interno del Pronto Soccorso siano presenti aree unicamente adibite allo svolgimento di tutti gli esami necessari alla cura della paziente, con lo scopo di tutelarne al meglio la privacy<sup>143</sup>.

In conclusione, è importante ricordare che sulla figura professionale ostetrica in quanto operatore sanitario, vertono ulteriori responsabilità sia di tipo penale che giuridico e civile. Ad esempio, secondo l'articolo 593 del Codice Penale, per i professionisti sanitari è fatto obbligo quello di prestare assistenza a chiunque abbia bisogno di cure. Inoltre, tra i doveri dell'Ostetrica/o abbiamo sia quello del mantenimento del segreto professionale che quello della tutela della riservatezza di dati sensibili relativi ai pazienti coi quali entra in contatto<sup>144</sup>.

### 3.4 I REQUISITI DEL SISTEMA DI TRIAGE OSTETRICO-GINECOLOGICO

Alla base dell'impostazione di un piano assistenziale in grado di seguire correttamente ogni condizione di salute gravante sia sulla paziente gravida, sia su ogni feto/neonato, è presente la classificazione del rischio ostetrico, ovvero il risultato, condiviso da tutti i

---

<sup>143</sup> Coccia F. Cocorocchio A., Dascoli M. et al. Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore), agosto 2019:92- 3.

<sup>144</sup> Idem:21- 2.

professionisti sanitari appartenenti all'equipe di lavoro, della serie di valutazioni effettuate. Una volta definito in quale livello di rischio collocare la paziente, ovvero se all'interno di una gravidanza a Basso Rischio Ostetrico o ad Alto Rischio Ostetrico, il personale sanitario a disposizione potrà proseguire con la pianificazione dell'iter di cura più adeguato che, per le pazienti a basso rischio, proseguirà secondo i protocolli standard di gestione delle gravidanze, mentre, per le pazienti ad alto rischio si snoderà attraverso l'utilizzo di protocolli adatti alle patologie riscontrate<sup>145</sup>. Dunque, per poter tutelare al meglio la salute della donna o del feto/neonato, è necessario che il Sistema Sanitario metta a disposizione sul territorio Presidi Ospedalieri in grado di affrontare qualsivoglia condizione di salute, dalla più banale alla più critica. Proprio per questa ragione sono stati istituiti Punti Nascita appartenenti a livelli assistenziali differenti, deputati all'offerta di standard diagnostico-terapeutici diversi e fittamente interconnessi grazie al sistema di trasporto attuato tramite i mezzi di soccorso del Servizio Sanitario di Emergenza/Urgenza (118). Inoltre, al fine di ridurre l'eccessiva medicalizzazione proprio di quelle gravidanze rientranti in condizioni a basso rischio, nell'anno 2017 da parte del Comitato Percorso Nascita Nazionale, si è avuta la stesura dalle "Linee di Indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)". Nello specifico, riguardo la definizione dei livelli delle Unità Operative di Ostetricia e Neonatologia e del loro aggiornamento, vanno considerati i seguenti documenti:

- Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI) nel triennio 1998-2000;
- Accordo del 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento: "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";

Le stesse disposizioni contenute all'interno dell'Accordo del 2010 si ritrovano anche nel Decreto Ministeriale 11 novembre 2015 avente come oggetto: "Protocollo Metodologico

---

<sup>145</sup> Alimondi P., Avagliano L., Bastrenta P., Urgenze ed Emergenza in Sala Parto. Piccin 2016:12- 9.

per la valutazione delle richieste di mantenere in attività i punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili”<sup>146</sup>.

Con il POMI, i dipartimenti di Ostetricia-Ginecologia e Neonatologia erano distinti in tre differenti livelli assistenziali, così definiti:

- Unità funzionali ostetriche di I livello: unità relative all’assistenza della gravidanza, del parto e del neonato per settimane gestazionali > 34 ed in assenza di patologie accertate. Numero di parti/annuo non inferiore a 500;
- Unità funzionali di II livello: assistenza di gravidanze, parti e neonati patologici purché non richiedessero ricovero in Terapia Intensiva Neonatale o interventi ad elevata complessità, per età gestazionale maggiore o uguale di 32. Parti annui mai inferiori a 800;
- Unità funzionali ostetriche di III livello: deputate all’assistenza di gravidanze ad alto rischio e di neonati sia fisiologici che gravemente patologici richiedenti ricovero in Terapia Intensiva Neonatale. Numero di parti annuo non inferiore a 1000<sup>147</sup>;

Con le Linee di Indirizzo validate dall’Accordo del 2010 i livelli vennero portati a due e, ad oggi, appaiono come segue:

- Unità Operative di I livello: unità rivolte all’assistenza di gravidanze e parti in età gestazionale maggiore o uguale di 34 settimane che non richiedono interventi particolarmente complessi e all’assistenza di neonati sani o con patologie non richiedenti ricoveri presso le Terapie Intensive Neonatali (TIN). Parti annui compresi tra 500 e 1000;

---

<sup>146</sup> Decreto Ministeriale 11 novembre 2015 “Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività i punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili”.

<sup>147</sup> “Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al “Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”. Decreto ministeriale 24 aprile 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 07 giugno 2000, n. 131, S.O. n. 89:52- 60.

- Unità Operative di Ostetricia e Neonatologia di II livello: unità deputate all'assistenza di qualsiasi gravidanza e/o parto, indipendentemente dalla classe di rischio e dedicate all'assistenza di neonati sia fisiologici che patologici, inclusi quelli bisognosi di ricovero in TIN. Parti annui superiori ai 1000<sup>148</sup>;

Ognuno di questi livelli sarà caratterizzato da un insieme di requisiti, sia operativi che tecnico-assistenziali ed organizzativi. Ovviamente, tutti gli standard offerti dalle Unità Operative di primo livello dovranno ritrovarsi anche in quelle di secondo livello, dove, in aggiunta, saranno previsti requisiti specifici aggiuntivi per i pazienti da accogliere. Tutti i Punti Nascita, indipendentemente dal livello di appartenenza, dovranno essere in grado di attivare i percorsi relativi al sistema di trasporto materno assistito (STAM) e al sistema in emergenza del neonato (STEN). Alcuni degli obiettivi alle fondamenta di un'organizzazione così ben ragionata, sono:

- Ridurre al minimo e prevenire l'errore nella diagnosi dell'emergenza in sala parto e nella sua conseguente gestione;
- Migliorare i modelli di comunicazione ed integrazione tra i vari professionisti dedicati al percorso nascita e coinvolti nell'assistenza ostetrica e neonatologica;
- Saper identificare prontamente condizioni di rischio, sia ostetriche che neonatali;
- Prevenire gravi conseguenze per la salute di madre e neonato, derivanti da una gestione inappropriata delle eventuali patologie insorte durante il travaglio, il parto od il puerperio;
- Assicurare la tempestiva e corretta rianimazione d'emergenza, sia per la donna che per il neonato;
- Ridurre il ricorso ingiustificato o non tempestivo al taglio cesareo<sup>149</sup>;

---

<sup>148</sup> Accordo 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "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.": 15- 28.

<sup>149</sup> Cuccaro P., Locci M., Graziano E. et al. Procedura per la Sicurezza del Percorso Nascita – Recepimento delle Raccomandazioni ministeriali nn. 6, 15, 16 e delle Linee Guida per la prevenzione dell'Emorragia Post Partum (EPP); 2017:4.

Proprio per eseguire al meglio tali obiettivi, sia le Unità Operative di primo livello, che quelle di secondo livello conterranno al loro interno un Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico, volto all'immediata accoglienza dei pazienti. Facendo riferimento, nel particolare, alle Unità Operative di secondo livello, l'obbligatorietà della presenza di tale strumento viene espressa in diversi dei suoi standard operativi, ovvero:

- Garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, comprensivo di reperibilità notturna e festiva ed, eventualmente, anche pomeridiana;
- Assicurare l'assistenza neonatologica 24/24h supportata da piena reperibilità nell'arco dell'intera giornata;
- Garantire il funzionamento di un Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico 24/24h<sup>150</sup>;

Una volta chiarita la necessità del Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico, è importante definirne i requisiti da rispettare affinché esso possa essere a norma e possa conseguire precisi obiettivi. I requisiti sono:

- La presenza di un sistema documentale idoneo;
- Avere un efficiente sistema di identificazione dei pazienti, fornito ad esempio di braccialetti elettronici o bar corde;
- Garantire la presenza di personale competente a disposizione degli utenti;
- Essere provvisto di un sistema informatizzato per la gestione delle liste di scorrimento e di attesa dei pazienti;
- Migliorare l'assistenza erogata ai pazienti, anche attraverso l'attivazione di modelli *Fast Track, See and Treat* od altri percorsi assistenziali;
- Assegnazione del codice colore idoneo al livello di priorità di trattamento legato alla sintomatologia clinica presentata dall'utente con riconoscimento rapido di tutti quei pazienti bisognosi di cure immediate<sup>151</sup>;

---

<sup>150</sup> Cuccaro P., Locci M., Graziano E. et al. Procedura per la Sicurezza del Percorso Nascita – Recepimento delle Raccomandazioni ministeriali nn. 6, 15, 16 e delle Linee Guida per la prevenzione dell'Emorragia Post Partum (EPP); 2017: 21.

L'esatta schematizzazione delle qualità necessarie alla costituzione di un idoneo Pronto Soccorso, da quelle strutturali a quelle tecnologici, si trova all'interno delle "Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero" del 2019<sup>152</sup>. Tra di esse troviamo, innanzitutto, quelle che ne riguardano la collocazione. Infatti, dal momento che il Pronto Soccorso rappresenta il primo contatto sanitario per l'utenza bisognosa di assistenza, esso dovrà trovarsi in un'area facilmente raggiungibile sia tramite vetture/ambulanze, sia attraverso ingressi pedonali ed individuabile attraverso l'uso di segnaletica<sup>153</sup>. Considerata la varietà delle condizioni con le quali i pazienti possono presentarsi in Pronto Soccorso, è fondamentale che esso sia attrezzato correttamente per accogliere tanto pazienti deambulanti, quanto barellati. Per questa ragione, per essere a norma, il Pronto Soccorso dovrà essere munito di sale d'attesa:

- Per pazienti non deambulanti con spazio di manovra per barelle e/o carrozzine di almeno 50 mq;
- Per pazienti deambulanti;
- Per pazienti pediatrici;
- Per utenti affetti da malattie potenzialmente infettive;
- Per pazienti in condizioni di fragilità<sup>154</sup>;

Riguardo a quest'ultima tipologia di utenti, in ogni Pronto Soccorso, ma più precisamente in quello di tipo Ostetrico-Ginecologico, è richiesta la presenza di una stanza adibita unicamente alle vittime di maltrattamenti od abusi. Per questa categoria di pazienti è stato istituito un particolare iter assistenziale, definito "Percorso Rosa". Esso si avvale del sostegno di un'equipe di lavoro variegata, comprensiva tanto di figure

---

<sup>151</sup> Coccia F. Cocorocchio A., Dascoli M. et al. Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore), agosto 2019:43- 4.

<sup>152</sup> "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero". Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019.

<sup>153</sup> Coccia F. Cocorocchio A., Dascoli M. et al. Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore), agosto 2019:43- 4.

<sup>154</sup> "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero". Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:18- 22.



ostetriche/ginecologiche, quanto di psicologici, specificamente formata per portare a termine tutti gli esami del caso. All'interno dell'area di Triage dedicata andrà distribuito o affisso materiale informativo di tipo multimediale o cartaceo, in più lingue, contenente informazioni relative ai servizi messi a disposizioni dal territorio, sia pubblici che privati, per vittime di violenza, alle tipologie di violenza e ai loro effetti sulla salute sia delle donne che dei bambini. Il personale addetto dovrà anche saper fornire informazioni relative al numero verde per la pubblica assistenza 1522<sup>155</sup>. Oltre alle sale d'attesa, all'interno dei Presidi Ospedalieri sono previsti degli spazi finalizzati agli interventi sanitari sia in emergenza, che in condizione di urgenza. Per i codici rossi, infatti, si ha la cosiddetta *Shock Room*, ovvero una sala costantemente attrezzata con tutte le risorse e la strumentazione adatte all'effettuazione di interventi in emergenza. Per quanto riguarda i codici gialli o verdi, quindi per quelle condizioni di urgenza indifferibile o differibile, ad essi è totalmente dedicata un'altra area, la cui caratteristica principale consiste nella flessibilità e versatilità nel saper fronteggiare ogni problematica, sia critica che di minore entità. Relativamente ai codici minori ogni Unità Ospedaliera, secondo i protocolli validati, adotterà percorsi dedicati unicamente alle problematiche mono-specialistiche e risolvibili o in sede ambulatoriale o con interventi brevi<sup>156</sup>. Oltre a requisiti di tipo strutturale, un Sistema di Triage valido si avvale anche di precisi standard tecnologici, che comprendono:

- Impianti per i gas medicali (area compressa, ossigeno, vuoto);
- Defibrillatore automatico esterno;
- Presidi per la gestione di tutti i codici di urgenza differibile e per le urgenze minori;
- Farmaci;
- Defibrillatore semiautomatico;

---

<sup>155</sup> Coccia F. Cocorocchio A., Dascoli M. et al. Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore), agosto 2019:94- 5.

<sup>156</sup> Bertini A., Ricciardelli A. Standard organizzativi delle Strutture di emergenza-urgenza, Marzo 2012: 20-2.

- Strumentazione per la rilevazione dei livelli glicemici, tra cui le strisce reattive per il Combur Test e la glicemia capillare<sup>157</sup>;

Facendo riferimento in maniera specifica al Triage Ostetrico-Ginecologico i requisiti tecnologici saranno i seguenti

- Cardiotocografi;
- Ecografi;
- Set sterili per l'assistenza al parto
- Pompe ad infusione continua;
- Pompe a siringa;
- Emogas-analizzatore<sup>158</sup>;

L'ultima tipologia di requisiti regolamentata anche dalle "Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero" del 2019, riguarda le risorse umane implicate nell'accoglienza ed assistenza ai pazienti. All'interno del documento sono presenti informazioni unicamente relative al personale infermieristico, per tale ragione e presumendo che gli stessi standard possano essere riferiti alle figure Ostetriche, l'organico dei Pronto Soccorso Ostetrici-Ginecologici appare come segue:

- Nei Presidi Ospedalieri sede di Pronto Soccorso semplice: un'unità di personale infermieristico/ostetrico;
- Nei Presidi sede di Dipartimenti di Emergenza/Urgenza ed Accettazione (DEA) di I livello: due unità di personale adeguatamente formato ed una di personale di supporto;
- All'interno dei DEA di II livello: due unità infermieristiche/ostetriche, una dedicata esclusivamente alla rivalutazione ed una di personale di supporto;

---

<sup>157</sup> Coccia F. Cocorocchio A., Dascoli M. et al. Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore), agosto 2019:43.

<sup>158</sup> Accordo 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "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.": 23- 8.

Inoltre, dovrà essere presente personale rivolto alla funzione amministrativa<sup>159</sup>. Per documentare correttamente l'iter di Triage corrispondente ad ogni paziente, i Pronto Soccorso dovranno avvalersi di un supporto informatizzato dove elencare ogni decisione presa ed ogni procedura effettuata, a partire dall'accoglienza dell'utente. Esso combacia con la Scheda di Triage, parte integrante della Cartella Clinica di Pronto Soccorso. Le informazioni basilari che andranno inserite all'interno della Scheda di Triage sono:

- I dati anagrafici per il riconoscimento delle pazienti;
- La data e l'ora di inizio e di fine della presa in carico in Triage. Coincide con il tempo d'attesa e di valutazione della paziente;
- Numero progressivo identificativo, obbligatorio per legge ed utili all'archiviazione di ogni accesso in Pronto Soccorso;
- Precisazione del sintomo principale, ovvero della ragione per la quale la paziente si è rivolta al Pronto Soccorso. Esso è costituito da una semplice raccolta anamnestica e non rappresenta una diagnosi, la quale sarà effettuata successivamente dal medico;
- Farmaci assunti ed allergie note;
- Test diagnostici effettuati, sia di tipo strumentale che chimico;
- Rilevazione dei parametri vitali;
- Codice di priorità assegnato;
- Interventi compiuti durante il processo di Triage;
- Esito delle eventuali rivalutazioni;
- Firma degli operatori, sempre leggibile<sup>160</sup>;

Relativamente ad un Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico, il professionista sanitario che prenderà in carico la paziente dovrà effettuare una raccolta dati sia di tipo ostetrico che di tipo ginecologico, spaziando da domande relative al grado di parità della donna e alle

---

<sup>159</sup> “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”. Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:21.

<sup>160</sup> Cuccaro P., Locci M., Graziano E. et al. Procedura per la Sicurezza del Percorso Nascita – Recepimento delle Raccomandazioni ministeriali nn. 6, 15, 16 e delle Linee Guida per la prevenzione dell'Emorragia Post Partum (EPP); 2017:13- 6.

modalità di svolgimento dei precedenti parti, al fine di cogliere informazioni relative, ad esempio, ad eventuali traumi del canale del parto, fino a domande riguardanti patologie di tipo ginecologico e ad interventi semmai effettuati. All'interno della Cartella Clinica di Pronto Soccorso dovrà anche essere inserita la valutazione ostetrica effettuata, riguardante tanto le condizioni della cervice uterina e le caratteristiche del liquido amniotico, quanto lo stato di salute fetale. Per questa ragione, dovrà essere allegato alla Scheda di Triage anche il tracciato cardiocografico effettuato al momento dell'accesso della paziente<sup>161</sup>. In caso di apertura di un partogramma, anch'esso dovrà trovarsi nelle Cartelle di Pronto Soccorso, rappresentando uno strumento fondamentale per il tracciamento dell'andamento del travaglio e del momento dell'espletamento del parto<sup>162</sup>. Ultimo requisito riguarda l'aggiornamento di tutti i protocolli e le procedure utilizzate dal singolo Presidio Ospedaliero per far fronte alle casistiche affrontate in pronto soccorso. Questi andranno revisionati almeno triennialmente<sup>163</sup>.

### 3.5 IL PROCESSO DI TRIAGE OSTETRICO-GINECOLOGICO: DAI CODICI COLORE AI SUCCESSIVI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

L'Ostetrica/o rappresenta quella figura professionale incaricata non solo d'assistere le donne in gravidanza e i feti/neonati in condizioni di fisiologia, ma anche quella deputata alla rilevazione di complicanze bisognose di intervento medico e alla realizzazione delle adeguate misure d'emergenza/urgenza in attesa di tale intervento<sup>164</sup>. Facendo riferimento a quanto appena affermato e a quanto detto nei capitoli precedenti, risulta perciò chiaro che

---

<sup>161</sup> Alimondi P., Avagliano L., Bastrenta P., *Urgenze ed Emergenza in Sala Parto*. Piccin 2016:19.

<sup>162</sup> Cuccaro P., Locci M., Graziano E. et al. *Procedura per la Sicurezza del Percorso Nascita – Recepimento delle Raccomandazioni ministeriali nn. 6, 15, 16 e delle Linee Guida per la prevenzione dell'Emorragia Post Partum (EPP)*; 2017:13- 6.

<sup>163</sup> "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero". Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute 2019:22.

<sup>164</sup> Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M. et al. *La disciplina ostetrica – Teoria, pratica e organizzazione della professione*. McGraw-Hill Education 2011:9.

il ruolo di triagista non è che una delle tante facce della Professione Ostetrica. Un'ulteriore conferma risiede nel risultato derivante dalla mescolanza dei metodi utilizzati da questo operatore sanitario durante lo svolgimento della sua professione, ovvero quello induttivo, deduttivo e presuntivo. Esso si articola come segue:

- Fase 1, identificazione dei segni e sintomi della paziente tramite anamnesi familiare, personale, ostetrica e ginecologica ed esame fisico generale e, successivamente, prettamente pelvico.
- Fase 2, effettuazione di indagini clinico-strumentali per validare o smentire l'ipotesi formulata a seguito della raccolta dati.
- Fase 3, rivalutazione delle condizioni della paziente<sup>165</sup>.

Ciò che ne deriva non fa altro che costituire la trama sulla quale il processo di Triage si sviluppa, ovvero il cosiddetto “schema delle 4D”. Esso si compone delle seguenti fasi:

1. Accoglienza e valutazione sulla porta - *Door*: consiste nel primo contatto tra operatore sanitario e paziente;
2. Raccolta dati - *Data*: permette l'incameramento delle informazioni cliniche sia oggettive che soggettive;
3. Ragionamento - *Discussion*: comporta il confronto fra gli operatori sanitari, volto alla formulazione del giudizio di gravità della paziente o del feto/neonato;
4. Attribuzione del codice colore - *Decision*: rappresenta il risultato finale di tutto il processo di Triage;

A seguito di queste quattro fasi, si ha l'eventuale rivalutazione di tutti quegli utenti in attesa dell'accesso ai trattamenti poiché non rientranti in condizioni di emergenza<sup>166</sup>. Prima

---

<sup>165</sup> Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M. et al. La disciplina ostetrica – Teoria, pratica e organizzazione della professione. McGraw-Hill Education 2011:51- 3.

<sup>166</sup> Cuccaro P., Locci M., Graziano E. et al. Procedura per la Sicurezza del Percorso Nascita – Recepimento delle Raccomandazioni ministeriali nn. 6, 15, 16 e delle Linee Guida per la prevenzione dell'Emorragia Post Partum (EPP); 2017:11.

di sviscerare il processo di Triage Ostetrico-Ginecologico, è bene ricordarne gli obiettivi principali, ovvero:

- Riconoscere immediatamente i pazienti urgenti da assistere;
- Attribuire un codice colore a tutti gli utenti che accedono al Pronto Soccorso, per organizzarne l'accesso ai trattamenti;
- Inviare tutti i codici minori verso gli adeguati percorsi terapeutici;
- Rivalutare periodicamente lo stato di salute dei pazienti in attesa, al fine di riconoscere tempestivamente variazioni nelle condizioni cliniche;
- Implementare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate dal Pronto Soccorso;
- Ridurre il malcontento e lo stato d'ansia di coloro che si rivolgono al Pronto Soccorso<sup>167</sup>;

Va puntualizzato che il Triage Ostetrico-Ginecologico, per l'assegnazione del codice di priorità assistenziale, si avvale di schede di riferimento diverse in relazione alla categoria d'appartenenza dei pazienti, ovvero ostetrica/ginecologica o neonatale. Per quanto concerne la sfera ostetrica, va ricordato un altro aspetto peculiare e fondamentale per il corretto svolgimento del processo di Triage e ciò che, prima di attribuire un codice colore ad una paziente gravida, va fatto riferimento alle fisiologiche alterazioni dei suoi parametri vitali, derivanti dalla gravidanza stessa. Una donna in gravidanza, perciò, non potrà essere valutata secondo standard relativi ai valori di salute di una donna non gravida. Questo particolare richiede che le uniche figure professionali a poter essere preposte al Triage Ostetrico-Ginecologico, siano quelle caratterizzate da una formazione ferrea, in grado di riconoscere la patologia tra tutti i fisiologici mutamenti dell'organismo femminile, ovvero le figure Ostetriche.

---

<sup>167</sup> Milestone 1.3 – Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (Pronto Soccorso e sistema 118); Progetto Mattoni SSN, Ministero della Salute 2007:6.

Prima di procedere all'analisi delle fasi del processo di Triage Ostetrico-Ginecologico è bene elencare alcune delle variazioni fisiologiche più importanti:

- Aumento del volume plasmatico di circa 1000-1500 ml rispetto al valore pregravidico, quindi di circa il 35-40%;
- Aumento della massa eritrocitaria del 30-33%, fattore determinante l'anemia fisiologica in gravidanza;
- Aumento della frequenza cardiaca di circa 10-15 battiti al minuto;
- Aumento della pressione sanguigna, il cui limite, indicativo per l'ipertensione gestazionale, è posto a 140/90 mmHg;
- Durante la seconda metà della gravidanza, a livello dell'apparato respiratorio si notano una riduzione del volume residuo, del volume di riserva espiratorio e della capacità funzionale residua con parallelo aumento della frequenza respiratoria, del volume di riserva inspiratoria, del volume corrente e della capacità di riserva inspiratoria. Il consumo basale di ossigeno aumenta di circa il 15% a fronte di un aumento del volume respiratorio al minuto<sup>168</sup>, questo comporta una compensazione tra l'alcalosi respiratoria data dall'iperventilazione e l'acidosi metabolica data dall'utilizzo dell'ossigeno;

Una volta tenuto conto dei parametri specifici relativi alla donna gravida, è necessario rivolgere l'attenzione al feto. Per poterne valutare le condizioni, l'Ostetrica/o triagista dovrà affidarsi, innanzitutto, o all'auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale (BCF) mediante apposito apparecchio, ovvero il Sonicaid o all'analisi del tracciato ottenuto dal posizionamento del cardiocografo, in grado di offrire una panoramica più completa dello stato di salute fetale, basata non solo sulla rilevazione della semplice frequenza cardiaca fetale di base, ma anche su ulteriori parametri più specifici come, ad esempio, la variabilità a breve e lungo termine.

---

<sup>168</sup> Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M. et al. La disciplina ostetrica – Teoria, pratica e organizzazione della professione. McGraw-Hill Education 2011:529- 32.

Riguardo quanto appena affermato, è bene ricordare i valori normali relativi al feto:

- Frequenza cardiaca di base compresa tra 110 e 160 battiti al minuto (bpm), con bradicardia per valori < 110 bpm per più di 10 minuti e tachicardia per valori > 160 bpm per più di 10 minuti;
- Variabilità, definita come fluttuazioni della frequenza cardiaca fetale di base, corrispondente ai 5-25 bpm;
- Accelerazioni e decelerazioni date da, rispettivamente, un aumento o una diminuzione della frequenza cardiaca di base di almeno 15 bpm per almeno 15 secondi;

Per poter individuare quei tracciati potenzialmente o francamente patologici ed attribuire perciò un corretto codice colore, è necessario che ogni operatore sanitario si avvalga della loro classificazione, ovvero<sup>169</sup>:

**Tabella 1. Criteri di classificazione dei CTG, interpretazione e gestione clinica raccomandata. La presenza di accelerazioni indica l'assenza di ipossia/acidosi fetale ma la loro assenza durante il travaglio è di incerto significato.**

	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
<b>Linea di base</b>	110-160 bpm	Mancanza di almeno una delle caratteristiche di normalità, ma assenza di segni patologici	< 100 bpm
<b>Variabilità</b>	5-25 bpm		Ridotta variabilità per >50 min <sup>*2</sup> , aumentata variabilità per >30 min, o pattern sinusoidale per > 30 min
<b>Decelerazioni</b>	Assenza di decelerazioni ripetitive <sup>*1</sup>		Decelerazioni ripetitive* tardive o prolungate che si verificano per un tempo >30 min, o >20 min in caso di ridotta variabilità; oppure una decelerazione prolungata >5 min
<b>Interpretazione</b>	Assenza di ipossia/acidosi fetale	Bassa probabilità di ipossia/(acidosi) fetale	Possibilità di ipossia /(acidosi) fetale
<b>Gestione clinica</b>	Nessun intervento necessario a migliorare lo stato di ossigenazione fetale	Intervento volto a correggere le cause reversibili di ipossia/acidosi qualora identificate; stretto monitoraggio o metodiche aggiuntive di valutazione dello stato di ossigenazione fetale se disponibili (cfr. Cap. 5)	Intervento immediato volto a correggere le cause reversibili, metodiche aggiuntive per valutare lo stato di ossigenazione fetale (cfr. Cap. 4), o se questo non è possibile, espletamento del parto in tempi brevi. In acuto (prolasso di funicolo, rottura uterina, distacco di placenta) immediato espletamento del parto

<sup>\*1</sup> Le decelerazioni si definiscono ripetitive quando sono associate a più del 50% delle contrazioni uterine<sup>23</sup>. Si ricordi che in presenza di decelerazioni precoci anche ripetitive il tracciato è da considerarsi di tipo 1.

<sup>\*2</sup> Si ricorda che durante la notte si può osservare una variabilità ridotta >50 minuti senza che questa sia espressione di patologia fetale. Nei casi dubbi, la comparsa di accelerazioni dopo stimolazione dello scalpo fetale è un elemento rassicurante che può aiutare la diagnosi differenziale tra sonno e stato di ipossia/acidosi (vedi cap. "Metodiche aggiuntive").

<sup>169</sup> Fondazione Confalonieri ragonese, su mandato SIGO, AOGOI, AGUI Raccomandazioni monitoraggio cardiocografico in travaglio; giugno 2019; 30- 7.



Conclusa questa panoramica generale sulla paziente in gravidanza e sul feto è possibile procedere all'analisi del processo di Triage. La prima fase consiste nella registrazione della paziente tramite l'apertura della Scheda di Triage e in una sua rapida osservazione, finalizzata ad individuare alterazioni delle funzioni vitali principali, ovvero la qualità del circolo e della respirazione, con annessa valutazione della pervietà delle vie aeree e lo stato di coscienza. Questa prima fase risulta importantissima, poiché necessaria a stabilire se siano in corso sanguinamenti massivi, più o meno manifesti, che potrebbero portare ad una condizione di shock ipovolemico o essere dovuti a gravi complicazioni quali il distacco di placenta o la rottura d'utero. L'operatore sanitario dovrà osservare attentamente il colorito e la frequenza del respiro, per escludere pallore o sudorazione o condizioni di stress respiratorio<sup>170</sup>. Una volta escluse situazioni chiaramente d'emergenza, il professionista sanitario potrà procedere con la raccolta anamnestica dei dati, sia remota che relativa alla sfera ostetrica/ginecologica della paziente. Alla donna andranno richieste informazioni come la data dell'ultima mestruazione, la parità e le modalità di svolgimento dei parti precedenti. Altre domande dovranno riferirsi alla percezione dei movimenti attivi fetali (MAF) e ad una loro eventuale modificazione. Particolare attenzione andrà rivolta alla presenza di edemi o varici, al fine di escludere condizioni come la trombosi venosa profonda<sup>171</sup>. Completata la prima fase, l'Ostetrico/a triagista potrà proseguire con la raccolta dei dati sia soggettivi, che oggettivi. Innanzitutto, alla paziente andranno poste domande volte ad individuare il sintomo principale, ovvero la causa dell'accesso al Pronto Soccorso. Una volta definito, andranno identificati i segni e i sintomi a lui riconducibili e ad esso associati. Ugualmente fondamentali sono i dati relativi alle allergie note della paziente o alle eventuali terapie mediche, pregresse o contemporanee all'accesso al Pronto Soccorso<sup>172</sup>. Durante questa fase l'operatore sanitario può avvalersi di qualsiasi esame

---

<sup>170</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:7- 15.

<sup>171</sup> Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M. et al. La disciplina ostetrica – Teoria, pratica e organizzazione della professione. McGraw-Hill Education 2011:552.

<sup>172</sup> Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord:7- 15.

clinico-strumentale e della semeiotica ostetrica, ovvero di quell'insieme di azioni volte all'analisi delle condizioni generali della donna e del feto, così suddivisa:

1. Ispezione
2. Palpazione
3. Esplorazione vaginale
4. Percussione
5. Auscultazione

Una delle tecniche più utilizzate durante la fase della palpazione prevede l'effettuazione delle Manovre di Leopold, utili per dedurre, ad esempio, la situazione e la presentazione del feto. L'Ostetrica/o annoterà inoltre i parametri vitali della donna e procederà con l'esplorazione vaginale, volta a confermare od escludere l'inizio del travaglio di parto attraverso l'analisi del grado di appiattamento, raccorciamento e dilatazione della cervice uterina. Durante l'esame obiettivo andranno anche studiate ipotetiche perdite ematiche o secrezioni anomale vaginali, andrà effettuato un tracciato cardiocografico al fine di analizzare, oltre al battito cardiaco fetale, anche la presenza e frequenza dell'attività contrattile uterina (ACU). L'operatore sanitario dovrà focalizzarsi sul dolore più o meno percepito dalla paziente e relativo al sintomo principale ed analizzarne l'intensità tramite l'utilizzo di apposite scale di valutazione<sup>173</sup>. Una delle più utilizzate perché particolarmente intuitiva è la "Scala di Valutazione Numerica" (VNS o NRS), che permette di quantificare il dolore percepito rispetto ad una condizione di benessere<sup>174</sup>.

Ultimato il processo valutativo, l'Ostetrica/o potrà attribuire il codice colore associato alla gravità delle condizioni della paziente. Nonostante recentemente, col Documento del Ministero della Salute "Specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso" del

---

<sup>173</sup> Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M. et al. La disciplina ostetrica – Teoria, pratica e organizzazione della professione. McGraw-Hill Education 2011:552.

<sup>174</sup> Mangolini M. Le principali scale di valutazione del dolore. Azienda USL di Ferrara, Ospedale del Delta; 2009:14.

luglio 2020<sup>175</sup>, si sia stabilita una nuova classificazione a colori, la codifica di riferimento maggiormente utilizzata si riferisce ancora al modello emanato con le “Linee guida sul “Triage” intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso” del 1996 ed appare come segue:

1. Codice Rosso – emergenza: compromissione di una o più funzioni vitali della donna o del feto, con pericolo di vita imminente. Invio immediato alle cure;
2. Codice Giallo – urgenza: condizioni per le quali esiste la possibilità di cedimento delle funzioni vitali, sia per la donna che per il feto. Compatibilmente con le altre emergenze, la paziente verrà assistita entro 10 minuti e rivalutata ogni 5-10 minuti;
3. Codice Verde: condizioni lievemente critiche che non mostrano fattori di rischio per la vita della donna o del feto. L’accesso ai trattamenti avverrà entro 60-120 minuti e la paziente verrà monitorata ogni 30-60 minuti;
4. Codice Bianco: situazioni assolutamente non critiche, relative o a patologie minori o combacianti con generiche richieste di controllo. Il paziente è sottoposto al pagamento del ticket e accederà alle cure entro 240 minuti. La rivalutazione avverrà secondo giudizio del triagista e almeno ogni 120 minuti<sup>176</sup>;

---

<sup>175</sup> [Allegato n. 1 Giunta Regionale Regione Marche](#)

<sup>176</sup> Cuccaro P., Locci M., Graziano E. et al. Procedura per la Sicurezza del Percorso Nascita – Recepimento delle Raccomandazioni ministeriali nn. 6, 15, 16 e delle Linee Guida per la prevenzione dell’Emorragia Post Partum (EPP); 2017:12.

Ad oggi, i criteri d'appartenenza ai vari codici colore relativi sono i seguenti<sup>177</sup>:

GRAVIDANZA FINO A 24 SETTIMANE GESTAZIONALI			
CODICE ROSSO	CODICE GIALLO	CODICE VERDE	CODICE BIANCO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolore addomino/pelvico severo VNS &gt; 8</li> <li>- Metrorragia grave (&gt; flusso mestruale)</li> <li>- Alterazione parametri vitali PA &lt; 80/50 e FC &lt; 50 o &gt; 110 oppure pallore + sudorazione algida + dispnea grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolore addomino/pelvico VNS = 5/8 oppure contrazioni uterine ritmiche, regolari, intense</li> <li>- Metrorragia di media entità (come flusso mestruale)</li> <li>- PA &gt; 160/100</li> <li>- Perdita di liquido amniotico + T° &gt; 38 °C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algie addomino-pelviche lievi (VNS ≤ 4)</li> <li>- Perdite ematiche lievi (&lt; flusso mestruale)</li> <li>- Perdita liquido amniotico</li> <li>- PA &lt; 150/100 con FC &gt; 60 e &lt; 90</li> <li>- MAF assenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Richiesta di consulenza relativa allo stato gravidico, in presenza di condizioni generali nella norma</li> </ul>
GRAVIDANZA OLTRE 24 SETTIMANE GESTAZIONALI			
MADRE		FETO	
<b>CODICE ROSSO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterazione stato di coscienza</li> <li>- Convulsioni</li> <li>- Dispnea grave (FR &gt; 30 e/o SaO<sub>2</sub> &lt; 90)</li> <li>- Alterazione parametri vitali (PA &gt; 160/110 o polso &lt; 60)</li> <li>- Cefalea severa VNS &gt; 8</li> <li>- Dolore addominale severo VNS &gt; 8</li> <li>- Dolore a barra</li> <li>- Utero contratto e ligneo</li> <li>- Prolasso del funicolo</li> <li>- Grave emorragia in atto</li> </ul>		BCF bradicardico < 110	
Premiato incoercibile da periodo espulsivo		<b>CODICE ROSSO SITUAZIONALE</b>	
<b>CODICE GIALLO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- PA &gt; 140/90</li> <li>- Epigastralgia</li> <li>- Cefalea</li> <li>- Trauma addominale</li> <li>- Travaglio di parto</li> <li>- Iperpiressia ≥ 38°C (inguinale)</li> <li>- Perdita ematica genitale moderata ≥ mestruazione</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- BCF alterato (decelerazioni / tachicardia)</li> <li>- Riduzione MAF</li> <li>- BCF assente</li> </ul>	
<b>CODICE VERDE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolore lombare</li> <li>- Disuria, sintomi urinari</li> <li>- Nausea e vomito con PA normale</li> <li>- Diarrea</li> <li>- Edemi se localizzati e dolore da sospetta TVP</li> <li>- Perdita ematica genitale lieve simil-mestruale</li> </ul>		BCF normale	

<sup>177</sup> Alimondi P., Avagliano L., Bastrenta P., Urgenze ed Emergenza in Sala Parto. Piccin 2016:40- 2.

<b>CODICE BIANCO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulenze cliniche generiche</li> <li>- Assenza di sintomatologia potenzialmente patologica</li> <li>- Prestazioni ambulatoriali mono-specialistiche</li> </ul>		
<b>PUERPERIO</b>		
<b>CODICE ROSSO</b>	<b>CODICE GIALLO</b>	<b>CODICE VERDE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grave emorragia in atto</li> <li>- Alterazione parametri vitali (PA &lt; 80/50 e polso &lt; 60)</li> <li>- Agitazione psico-motoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iperpiressia (T° inguinale &gt; 38°C)</li> <li>- Dolore addominale VNS = 5/8</li> <li>- Cefalea con alterazioni della PA</li> <li>- PA &gt; 140/90</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolori in sede vaginale / perineale</li> <li>- Seno/i dolente/i, arrossati, con ragadi al capezzolo</li> <li>- Astenia</li> <li>- Perdite ematiche vaginali maleodoranti</li> </ul>
<b>CODICE BIANCO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Richiesta di controlli routinari</li> <li>- Condizioni di salute nella norma</li> </ul>		

Merita una menzione particolare il confronto fra due modelli di codifica, uno adottato dalla Regione Lazio dall'anno 2019 e l'altro dall'Ospedale Federico II di Napoli nel 2017. Riguardo la classificazione a colori usata dalla Regione Lazio, essa si basa sul più recente aggiornamento presente nelle "Linee di Indirizzo per il Triage Intraospedaliero" del 2019 e contiene al suo interno parametri di riferimento per la donna in gravidanza, per donne in fase puerperale e per pazienti ginecologiche<sup>178</sup>. Relativamente all'Ospedale Federico II di Napoli, la schematizzazione dei codici colore utilizzata origina dal frutto della revisione di tre importantissime Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute. Tale codifica risulta perciò estremamente precisa e dettagliata, finalizzata a ridurre al massimo la probabilità di errore da parte degli operatori sanitari. Qui di seguito le Raccomandazioni di riferimento:

- "Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" n. 6 marzo 2008;
- Raccomandazione "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso" n. 15 del febbraio 2013;

---

<sup>178</sup> [Allegato n.2](#) Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque colori, Agosto 2019.

- “Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita” n. 16 dell’aprile 2014<sup>179</sup>;

Ricordando il carattere poliedrico del Sistema di Triage Ostetrico-Ginecologico, è necessario menzionare anche la codifica a colori relativa alle pazienti ginecologiche<sup>180</sup>:

PAZIENTE GINECOLOGICA			
CODICE ROSSO	CODICE GIALLO	CODICE VERDE	CODICE BIANCO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdite ematiche severe in età puberale o post-menopausale</li> <li>- Dolore addominale acuto per salpingite acuta; torsione o infezioni di miomi intrauterini; rottura di un’endometrioma; torsione o rottura di cisti ovarica o di un annesso</li> <li>- Violenza sessuale</li> <li>- Traumi addominali</li> <li>- Paziente trasportata dal Sistema di 118 con compromissione grave delle funzioni vitali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolore addominale annessiale, non acuto</li> <li>- Sanguinamento vaginale lieve</li> <li>- Tumefazione vaginale o dolore vulvare</li> <li>- Complicanze post-chirurgiche</li> <li>- Perdite ematiche moderate, in età avanzata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spotting</li> <li>- Dolore mammario</li> <li>- Dismenorrea</li> <li>- Disuria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prurito e/o bruciore vaginale</li> <li>- Contraccezione post-coitale</li> <li>- Leucorrea</li> <li>- Rimozione di corpi estranei</li> <li>- Alterazioni del ciclo mestruale</li> </ul>

Una volta definito il codice colore appropriato, di responsabilità delle figure Ostetriche di Triage è il coordinamento dell’invio delle pazienti verso gli iter terapeutici più adeguati, che consistono:

- Nel *See and Treat*: piano assistenziale relativo alle urgenze minori;
- Nel *Fast Track*: percorso utilizzato per il trattamento di semplici problematiche cliniche, mono-specialistiche, che richiedono un intervento molto limitato nel tempo, spesso ambulatoriale;

<sup>179</sup> [Allegato n. 3](#) Ospedale Federico II di Napoli, 2017.

<sup>180</sup> Infermieristica speciale ostetrica – Emergenze Ostetriche 2020.

- Nel ricovero presso l'Osservazione Breve Intensiva (OBI): richiesto per pazienti le cui condizioni possono essere assimilabili ad urgenze differibili che richiedono un'osservazione protratta nel tempo e che, se mantenute all'interno del Pronto Soccorso, causerebbero congestione del sistema organizzativo;
- Nell'avvio del Servizio di Trasporto Assistito Materno STAM per le gravidanze ad Alto Rischio Ostetrico o del Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale STEN, per i neonati che richiedono prestazioni elargite solo dalla Terapia Intensiva Neonatale (TIN);

Per coordinamento si intende tanto il controllo della documentazione relativa alla paziente, comprensiva delle informazioni di maggior interesse per la successiva equipe medica che dovrà prendersene cura, quanto la comunicazione con gli altri Presidi Ospedalieri per accertare la presenza di posti letto disponibili per le donne da trasferire. Le informazioni da revisionare comprendono non solo i dati anagrafici di riconoscimento e i parametri vitali più recenti, ma anche le eventuali terapie in corso e le allergie note. Relativamente ai servizi di STAM e STEN, è bene ricordarne la normativa di riferimento rappresentata dalle “Linee di Indirizzo sull’organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN)” pubblicate il 19 dicembre del 2014 e dalla Raccomandazione n. 11 del gennaio 2010 “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”. Nei documenti viene chiarito, innanzitutto, che alla base del servizio di trasporto deve esserci l’individuazione, nel territorio, dei centri d’assistenza ospedaliera di I livello (centri *Spoke*) e II livello (centri *Hub*) secondo i criteri stabiliti dalle normative vigenti. In seguito, vengono ben specificate tutte le condizioni cliniche, sia prenatali che post-partum, che richiedono il trasporto tra i centri. È bene ricordare che spesso, secondo le evidenze scientifiche, la prognosi dei neonati bisognosi di trattamenti intensivi risulta migliore se trasportati prima dell’espletamento del parto, piuttosto che durante le prime ore di vita post-natale. Nei documenti sono anche descritte le responsabilità e le competenze di ognuno degli operatori sanitari implicati nei trasporti ed anche le modalità d’esecuzione dei trasferimenti ed i tempi minimi accettabili. Secondo le Linee di Indirizzo del 2014, per poter procedere con il trasporto materno STAM è necessario che l’Unità Operativa di

partenza metta a disposizione per il trasferimento almeno un Ostetrico/a e, se necessario, anche un anestesista/rianimatore. Per quanto concerne lo STEN, gli operatori sanitari dovranno essere adeguatamente formati per compiere manovre di rianimazione neonatale<sup>181</sup>. Considerato quanto sia rilevante la formazione del personale sanitario addetto, sono richiesti dei corsi non solo di Basic Life Support and Defibrillation (BLS- D e PBLSD), ma anche di Advanced Life Support (ALS), certificati dall'Amministrazione regionale e regolamentati dalle relative Linee Guida in riferimento alle situazioni di emergenza/urgenza. Grande importanza riveste anche la manutenzione non solo dei mezzi di trasporto utilizzati, ma anche degli apparecchi elettromedicali e il controllo della scadenza e della presenza dei farmaci e della strumentazione<sup>182</sup>. Una volta accertato l'avvio del successivo iter terapeutico, il percorso delle pazienti all'interno del Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico può definirsi concluso.

---

<sup>181</sup> “Linee di indirizzo sull'organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN)”. Comitato Percorso Nascita Nazionale, Direzione generale della prevenzione sanitaria – Direzione generale della programmazione Sanitaria, Ministero della Salute del 19 dicembre 2014:3- 6.

<sup>182</sup> “Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”. Raccomandazione n. 11, gennaio 2010:9- 10. Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Ministero della Salute.



## CONCLUSIONI

Attraverso l'analisi di tutte le fonti utilizzate per comporre questo elaborato, non si può non riconoscere che l'ambito dell'emergenza ostetrica-ginecologica e neonatale spetti di diritto alla Professione Ostetrica. Più e più volte infatti, all'interno di quei documenti finalizzati a delinearne il profilo professionale ed i campi di responsabilità, è stata ribadita l'adeguatezza, in ambito di Triage, della presenza di operatori sanitari appartenenti a questa categoria. La disciplina ostetrica rappresenta, difatti, quella professione sanitaria basata sulla tutela e sull'assistenza del feto/neonato e della donna in qualsiasi fase della vita e in qualsivoglia condizione di salute, che sia essa prettamente fisiologica o tendente alla patologia. A riprova di ciò, è fatto dovere a quest'operatore sanitario il praticare manovre d'emergenza sui pazienti volte a salvaguardarne la vita, in attesa dell'intervento medico. Potendo far leva sul sostegno proveniente dalla legge e dall'insieme delle mansioni attribuite alla figura professionale Ostetrica proprio dal Sistema Sanitario Nazionale ed Internazionale, è possibile affermare che sia necessario investire maggiormente su tale professionista sanitario e sul suo inserimento all'interno del Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico, al fine di implementare la qualità delle cure erogate dalle Unità Operative che ne siano dotate. Ogni struttura ospedaliera che sia in grado di mettere a disposizione un tale strumento assistenziale, dovrebbe attivarsi per regolamentarne l'organizzazione, al fine di rispettare le normative vigenti ed anche le stesse pazienti, le quali hanno diritto a ricevere le migliori cure sanitarie possibili.

# ALLEGATI

Allegato n.1 Codici Colore Triage Regione Marche; Ministero della Salute; 2020.



**REGIONE MARCHE**  
GIUNTA REGIONALE  
Servizio Sanità



Azienda Ospedaliera Universitaria  
**OSPEDALI RIUNITI ANCONA**  
Via S. Maria - 63012 Ancona - Marche

0099727/23/12/2020  
ORMARCHE/PROT/A G2

AI DIRETTORI GENERALI

A.S.U.R.

A. O. U. Ospedali Riuniti Ancona

A. O. Ospedali Riuniti Marche Nord

I.N.R.C.A

AI DIRETTORI AREE VASTE

OGGETTO: NUOVI CODICI TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO.

Con riferimento all'oggetto, si informa che, a partire dal 1° gennaio 2021 è obbligatorio il passaggio alla nuova codifica di priorità e tempi di attesa prevista nel documento "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero". Questo documento risulta inserito nell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del D. Lgs. 28.08.1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" Repertorio Atti n. 143/CSR del 01.08.2019.

Considerato inoltre quanto previsto nel Documento del Ministero della Salute "Specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso" versione 9.1 del mese di luglio 2020, si precisa che i codici da utilizzare per la compilazione del campo "Modalità di accesso alle prestazioni" posizione 103-104 del File C2, sono quelli riportati nella tabella sottostante:

CODICE	DESCRIZIONE
T1	Rosso - EMERGENZA
T2	Arancione - URGENZA
T3	Azzurro - URGENZA DIFFERIBILE
T4	Verde - URGENZA MINORE
T5	Bianco - NON URGENZA
T6	Prestazione di Osservazione Breve Intensiva (OBI)
TN	Nero - DECEDUTO
TX	non eseguito

Il codice TX è un codice residuale e dovrà essere utilizzato soltanto per la comunicazione delle prestazioni erogate dai Punti di Primo Intervento.

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE  
(Dr.ssa Lucia DI FURIA)

IP/

Documento informatico firmato digitalmente, ai sensi del D. Lgs. 82/2005, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Via Gentile da Fabriano,3 - 60125 Ancona - Tel.071/8061 - Fax 071/8064153

Allegato n. 2

Manuale regionale Triage Intraospedaliero. Modello Lazio a cinque colori; 2019.

Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici

PROBLEMI OSTETRICO GINECOLOGICI					
CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
<b>Parametri Vitali</b>	Da codice 1	Da codice 2	Da codice 3	Da codice 4	Normali
<b>Caratteristiche del sintomo/segno principale</b>	Perdita di coscienza Convulsioni PAS $\geq$ 160; PAD $\geq$ 110 mmHg; in gravidanza > 20 settimane con edema e proteinuria e con segni e sintomi associati Sanguinamento vaginale massivo Parto/nascita imminente Prolasso cordone ombelicale Assenza di movimenti fetali	Alterazione dello stato di coscienza Ipertensione arteriosa (PAS $\geq$ 140; PAD $\geq$ 90 mmHg) in gravidanza > 20 settimane con edemi o proteinuria con segni e sintomi associati Sanguinamento vaginale moderato Contrazioni uterine con frequenza < 5 minuti in qualsiasi epoca di gravidanza Sospetta rottura prematura delle membrane in gravidanza <37 settimane Diminuzione dei movimenti fetali Dolore addomino-pelvico in gravidanza (scala $\geq$ 7)*	Ipertensione arteriosa (PAS $\geq$ 140; PAD $\geq$ 90 mmHg) in gravidanza > 20 settimane con edemi o proteinuria asintomatica Sanguinamento vaginale minimo in atto o precedente all'accesso Contrazioni non ritmiche in gravidanza Sospetta rottura prematura delle membrane in gravidanza >37 settimane Dolore addomino-pelvico in gravidanza (scala 4-6)*	Controlli della PA Disuria ed ematuria Spotting Dismenorrea Tumefazione vulvo- vaginale Dolore o tensione mammaria Piccole ferite a carico del capezzolo Dolore addomino- pelvico (scala 1-3)	Sanguinamento anamnestico Prurito o perdite vaginali non ematiche Richiesta di contraccezione farmacologica** Amenorrea
<b>Sintomi/Segni Associati</b>	Cefalea, disturbi visivi, vomito neurogeno e dolore epigastrico Severo distress respiratorio con SpO2 < 95% e FR < 10 o FR>30	Cefalea improvvisa, disturbi visivi, dolore epigastrico Moderato distress respiratorio con SpO2 < 95% e FR 21-30 Febbre, vomito e/o diarrea ripetuti con segni e sintomi di severa disidratazione	Febbre, nausea, episodi di vomito e/o diarrea con segni e sintomi di media disidratazione	Febbre, tosse Nausea, vomito, diarrea	
<b>Score specifici</b>	*dolore non correlato alle contrazioni				

Allegato n.3 Ospedale Federico II di Napoli, 2017.

SISTEMA DI CODIFICA PER TRIAGE OSTETRICO

- ✓ Shock ;
- ✓ Arresto cardiaco;
- ✓ Arresto respiratorio;
- ✓ Emorragie dell'apparato genitale (Sospetto distacco di placenta, Placenta previa sanguinante, sospetta rottura d'utero, Aborto in atto)
- ✓ Preclampsia/eclampsia (Crisi ipertensiva, Crisi eclampica, HELLP syndrome);
- ✓ Crisi ipoglicemica, chetoacidosi o coma in paziente diabetica;
- ✓ Addome acuto (sospetta gravidanza extrauterina, Embolia di liquido amniotico; patologie abortive, appendicite acuta)
- ✓ Politrauma;
- ✓ Insufficienza respiratoria acuta;
- ✓ Cefalea acuta con associati segni neurologici;
- ✓ Crisi psicotica acuta (con violenza verso se e gli altri);
- ✓ Prolasso di funicolo;
- ✓ Prolasso arto fetale.
- ✓ Mancata percezione dei movimenti fetali (assenza totale)
- ✓ Sofferenza fetale;
- ✓ Morte intrauterina;
- ✓ Travaglio di parto avanzato con rischio di parto imminente;
- ✓ Violenza sessuale riferita o presunta;

**CODICE ROSSO**

Condizioni in cui è in atto la compromissione di una funzione vitale della paziente o del feto, con il rischio di immediato pericolo di vita.

ACCESSO IMMEDIATO

- ✓ Minaccia di aborto;
- ✓ Rottura prematura delle membrane;
- ✓ Paziente con ipertensione gestazionale stabile;
- ✓ Inizio travaglio in gravidanza non fisiologica (paziente portatrice di cerchiaggio, gravidanza pretermine, pregresso cesareo, presentazione anomala, gravidanza gemellare, taglio cesareo programmato)
- ✓ Travaglio di parto non a rischio di parto imminente;
- ✓ Importante dolore addominale spontaneo o post traumatico in assenza di alterazioni dei parametri vitali o di sospetto di addome acuto;
- ✓ Metrorragie del puerperio;
- ✓ Sospetta colica renale;
- ✓ Epatopatie in gravidanza stabile;

**CODICE GIALLO**

Condizioni in cui esiste la minaccia di un cedimento di una funzione vitale della donna o del feto con possibilità di vita autonoma

ACCESSO IN 10 MINUTI (e comunque dopo tutti i codici rossi)

RIVALUTAZIONE OGNI 10 MINUTI

- ✓ Inizio travaglio e prodromi di travaglio in gravidanza fisiologica;
- ✓ Deiscenza di suture;
- ✓ Iperpiressia materna ( $T < 38^{\circ}\text{C}$ )
- ✓ Iperemesi gravidica in paziente non compensata
- ✓ Disturbi mammari in puerperio

**CODICE VERDE**

Condizioni nelle quali non esistono fattori che pongono la vita della donna e del feto a rischio

ACCESSO IN 60-120MINUTI (e comunque dopo tutti i codici gialli e rossi)

RIVALUTAZIONE OGNI 60 MINUTI

- ✓ Richieste di generico controllo o dovute a patologie minori ostetriche e ginecologiche

**CODICE BIANCO**

I pazienti richiedono prestazioni sanitarie per cui sono previsti percorsi extraospedalieri (medico di famiglia, ambulatori specialistici, consultori etc). L'accesso avviene dopo tutti gli altri codici. Rivalutazione a richiesta o a 240 min

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

### BIBLIOGRAFIA

- ASP Lazio; Milestone 1.3 – Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (triage Pronto Soccorso e 118); 2007.
- “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri”. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n.128. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 104 del 23 aprile 1969.
- “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”. Legge 7 agosto 2015, n. 124. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 187 del 13 agosto 2015.
- “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 76 del 31 marzo 1992.
- “Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992”. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 114 del 17 maggio 1996.
- Accordo 25 ottobre 2001 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: “Triage intraospedaliero (valutazione gravità all’ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia, nel sistema dell’emergenza-urgenza sanitaria”. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale del 7 dicembre 2001, n. 285.
- “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”. Direzione generale della programmazione sanitaria; Ministero della Salute; 2019.

- “Linee di Indirizzo nazionali dell’Osservazione Breve Intensiva – OBI”. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria; Ministero della Salute; 2019.
- “Linee di Indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso”. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria; Ministero della Salute; 2019.
- “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”. Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 214 del 13 settembre 2012.
- Accordo 07 febbraio 2013, ai sensi dell’articolo 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza/urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”.
- “Proposta di sperimentazione del modello “See and Treat” in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenza minori”. Deliberazione 17 dicembre 2007, n. 958.
- “Linee di indirizzo sull’organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN)”. Comitato Percorso Nascita Nazionale. Direzione generale della prevenzione sanitaria – Direzione generale della programmazione Sanitaria. Ministero della Salute; 19 dicembre 2014.
- “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso”. Raccomandazione n.15 del febbraio 2013.
- “Linee d’indirizzo per l’attività di Triage di Pronto Soccorso”. Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso; luglio 2012.

- “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”. Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 50 del 02 marzo 1999.
- “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”. Legge 10 agosto 2000, n.251. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 208 del 06 settembre 2000.
- “Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici”. Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 157 del 18 giugno 1974.
- Mangiacavalli B., Pulimeno A. M. L., Mazzoleni B., et al. Codice Deontologico delle professioni infermieristiche; 2019.
- “Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell’adesione di Bulgaria e Romania”. Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 2006. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 261 del 09 novembre 2007.
- Accordo 22 maggio 2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: “Linee-guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza”.
- “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. Articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 64 del 17 marzo 2017.
- Costa, Bermagamaschi, Berni et al. Piano per il miglioramento del sistema di emergenza/urgenza; Commissione consultiva Ministero della Salute; 14 giugno 2005.

- Bertini A., Ricciardelli A. Standard organizzativi delle Strutture di emergenza-urgenza; marzo 2012.
- Coccia F. Cocorocchio A., Dascoli M. et al. Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore); agosto 2019.
- Berti M. C., Manuale di Formazione Triage; Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord.
- Amati G., Baratto S., Bressan M. Antonietta et al. Corso di Formazione permanente di triage in Pronto Soccorso; SIMEU sezione Lombardia.
- “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”. Articolo 7 della Legge 15 marzo 2010. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 65 del 19 marzo 2010.
- Accordo ministeriale 15 maggio 1992 “Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.121 del 25 maggio 1992.
- “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’Infermiere”. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale 9 gennaio 1995, n. 6.
- “Linee di indirizzo per la definizione e l’organizzazione dell’assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)”. Direzione generale della programmazione sanitaria; Direzione generale della prevenzione sanitaria – Comitato Percorso Nascita nazionale; Ministero della Salute; 23 ottobre 2017.
- De Sanctis Lucentini E., Marconi M., Bevilacqua L. et al. Risk management in Sanità; Il problema degli errori. Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema; Ministero della Salute; marzo 2003.



- Alimondi P., Avagliano L., Bastrenta P., Urgenze ed Emergenza in Sala Parto. Piccin 2016.
- Boldrini R., Di Cesare M., Basili F. et al. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Analisi dell’evento nascita – Anno 2017.
- La salute riproduttiva della donna; Istituto Nazionale di Statistica ISTAT; 2017.
- “European Perinatal Health Report; Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015”. IV Rapporto Euro-Peristat sulla Salute Perinatale; 2015.
- “Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”. Dipartimento della qualità; Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema; Ministero della Salute; aprile 2007.
- “Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al “Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”. Decreto ministeriale 24 aprile 2000. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 07 giugno 2000, n. 131, S.O. n. 89.
- “Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”. Raccomandazione n. 11, gennaio 2010. Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Uffici III; Ministero della Salute; 2010.
- “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto” n. 6 del marzo 2008. Dipartimento della qualità – Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III; Ministero della Salute; 2008.
- “Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita”, n. 16 dell’aprile 2014. Dipartimento della programmazione e dell’ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale –

Direzione Generale della programmazione sanitaria, Ufficio III; Ministero della Salute; 2014.

-“Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’ostetrica/o”. Decreto 14 settembre 1994, n. 740 del Ministero della Sanità. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 6 del 09 gennaio 1995.

- “Trasmissione Nuovo Codice Deontologico della Professione Ostetrica: testo approvato dalla Commissione e dal CC FNOPO n. 1/2021”. Circolare n. 12/2021.

- Rizzo G., Cali G., Franchi D. et al. Linee guida SIEOG, Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica; edizione 2015.

-“Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività i punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili”. Decreto Ministeriale 11 novembre 2015. Direzione Generale della programmazione sanitaria – Direzione generale della prevenzione sanitaria; Comitato Percorso Nascita nazionale - Ministero della Salute; 2019.

- Accordo 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “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.”

- Cuccaro P., Locci M., Graziano E. et al. Procedura per la Sicurezza del Percorso Nascita - Recepimento delle Raccomandazioni ministeriali nn. 6, 15, 16 e delle Linee Guida per la prevenzione dell’Emorragia Post Partum (EPP); 2017.

- Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M. et al. La disciplina ostetrica – Teoria, pratica e organizzazione della professione; McGraw-Hill Education; 2011.

-Fondazione Confalonieri ragonese, su mandato SIGO, AOGOI, AGUI Raccomandazioni monitoraggio cardiocografico in travaglio; giugno 2019.

## SITOGRAFIA

- Etimologia Triage <https://www.treccani.it/vocabolario/triage/> (ultima consultazione 07/2021)
- Il triage infermieristico: una nuova sfida dalle radici antiche; Bellaveglia M. aprile 2011 [http://www.aifl.eu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=235:il-triage-infermieristico-una-nuova-sfida-dalle-radici-antiche&catid=30:didattica-dispense-appunti-ed-altro&Itemid=53](http://www.aifl.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=235:il-triage-infermieristico-una-nuova-sfida-dalle-radici-antiche&catid=30:didattica-dispense-appunti-ed-altro&Itemid=53) (ultima consultazione 07/2021)
- Definizione di Emergenza <https://www.etimo.it/?term=emergere> (ultima consultazione 08/2021)
- Definizione Urgenza <https://www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=urgenza> (ultima consultazione 08/2021)
- <https://www.gazzettaufficiale.it/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://www.fnopi.it/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://www.salute.gov.it/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://www.quotidianosanita.it/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://www.simeup.it/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://www.senato.it/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://www.parlamento.it/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://www.istat.it/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://www.euoperistat.com/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://fnopo.it/> (ultima consultazione 10/2021)
- <https://www.sieog.it/> (ultima consultazione 10/2021)

- <https://www.aogoi.it/> (ultima consultazione 10/2021)
  
- Numero unico europeo NUE 112, da martedì 30 marzo operativo anche nella Provincia di Pesaro e Urbino. Saltamartini: “Completata la copertura di tutte le Marche”. Regione Marche; marzo 2021 <https://www.regione.marche.it/News-ed-Eventi/Post/73730/Numero-unico-europeo-Nue-112-da-marted%C3%AC-30-marzo-operativo-anche-nella-provincia-di-Pesaro-e-Urbino-Saltamartini-Completata-la-copertura-di-tutte-le-Marche> (ultima consultazione 09/2021)
  
- Come e perché è nata la legge 251/2000. Leardi C.; 2020. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/come-e-perche-e-nata-la-legge-251-2000.html> (ultima consultazione 10/2021)
  
- Riforma pubblica amministrazione istituisce 112 su tutto il territorio. Dipartimento per le Politiche Europee; settembre 2015 <http://www.politicheeuropee.gov.it/it/comunicazione/notizie/riforma-pubblica-amministrazione-istituisce-112-su-tutto-il-territorio/> (ultima consultazione 07/2021)
  
- Numero unico europeo per le emergenze (NUE) 112; Ministero della Salute; novembre 2020 <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5439&area=Lea&menu=numeriUnici> (ultima consultazione 07/2021)
  
- Pronto Soccorso e DEA; Ministero della salute; gennaio 2013. [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto) (ultima consultazione 07/2021)
  
- Turi A., Tranquilli A.L., Triage e Computerizzazione di un Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico – “Triage del Taglio Cesareo”. <http://www.area-c54.it/public/triage%20e%20computerizzazione%20di%20un%20pronto%20soccorso%20ostetrico-ginecologico.pdf> (ultima consultazione 10/2021)

- “La medicina olistica, la terapia olistica, ma soprattutto l’approccio olistico al paziente”; giugno 2019 <https://cstm.ch/medicina-olistica-cose-quali-sono-benefici-e-terapie/> (ultima consultazione 08/2021)
  
- Benetton M. Fast Track, See and Treat, OBI. Rimedi al sovraffollamento in Pronto Soccorso; 2019 <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/fast-track-see-treat-obi-sovrappollamento-pronto-soccorso.html> (ultima consultazione 09/2021)
  
- Cappadona R. Gestione delle emergenza in ostetricia; Università deli Studi di Ferrara, Corso di laurea in ostetricia - C.I. “Medicina pre e perinatale, pediatria”. <http://www.unife.it/medicina/ostetricia/studiare/minisiti/medicina-pre-e-perinatale-pediatria/scienze-infermieristiche-ostetrico-ginecologiche/materiale-cappadona-rosaria/gestione-delle-emergenze-nelle-patologie-ostetriche.pdf> (ultima consultazione 09/2021)
  
- Donati S., Maraschini A., Lega I. et al. Maternal mortality in Italy: Results and perspectives of record-linkage analysis; 2018 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29956300/> (ultima consultazione 09/2021)
  
- 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”, 2011 <https://win.mnlpublimed.com/public/1131A03.pdf> (ultima consultazione 10/2021)
  
- Mangolini M. Le principali scale di valutazione del dolore. Azienda USL di Ferrara, Ospedale del Delta; 2009 <https://www.ausl.fe.it/dedicato-a-1/cure-palliative/aree-tematiche/formazione/2009/ospedale-senza-dolore/slide%20scale%20valutazione%20dolore%20morena.pdf> (ultima consultazione 10/2021)

## RINGRAZIAMENTI

Arrivata alla fine di questo percorso mi sento di ringraziare mio fratello, solo per il fatto di esistere ed essere sempre stato al mio fianco, non ci sono parole per descrivere quanto sia importante per me poter contare sulla bellissima persona che è. Col cuore in mano, ringrazio tutte quelle persone che mi hanno donato il loro tempo, che con pazienza e amore mi hanno accompagnata nel corso degli anni, crescendo con me, sostenendomi ogni qualvolta ne avessi bisogno. Tra di loro, non posso non ringraziare Margherita per la sua presenza costante e per avere sempre le parole giuste nei momenti in cui si ha bisogno di un conforto o di un confronto. Un grazie immenso lo rivolgo ad Alice, una delle anime più belle che abbia mai avuto la fortuna di incontrare e senza la quale non potrei definirmi completa, un'amica meravigliosa che spero di non perdere mai. Ringrazio infinitamente Ylenia e Maria Vittoria, amiche fondamentali senza le quali la mia vita perderebbe di spensieratezza e gioia. I miei ringraziamenti vanno anche a tutti i miei amici, alle risate che abbiamo condiviso e che più volte mi hanno alleggerito le spalle nei momenti di difficoltà. A questo punto, voglio ringraziare chi è entrato a far parte della mia vita un po' per caso, chi assomiglia a quelli scorci bellissimi che si scorgono nel mentre di un viaggio, che nonostante la fretta non ci si può rifiutare di ammirare e dei quali ci si innamora. Ringrazio quindi Luca per essere semplicemente sé stesso, una fonte personale di sorrisi sinceri e di emozioni indescrivibili. Infine, ringrazio me stessa per tutte le volte che ho incespicato, arrancato a fatica, per tutti i momenti in cui mi sono dovuta fermare a riprendere fiato e poi, mi sono presa per mano fino ad arrivare qui, oggi.