

## **INDICE**

Introduzione .....	1
1. Il Triage.....	2
1.1 Finalità .....	2
1.2 Modello di Triage Globale .....	3
2. Fasi del Triage.....	5
2.1 Valutazione Immediata .....	7
2.2 Raccolta dati.....	8
2.3 Assegnazione del codice di priorità .....	16
2.4 Rivalutazione delle condizioni e del codice di priorità .....	17
3. I nuovi Codici di priorità.....	18
3.1 Criteri per l'attribuzione del codice .....	19
3.2 Conferma o modifica del codice dopo rivalutazione .....	21
4. Codici di priorità e parametri vitali.....	24
4.1 Pressione arteriosa.....	25
4.2 Polso arterioso.....	25
4.3 Respiro e Saturazione arteriosa di ossigeno .....	26
4.4 Temperatura corporea .....	26
4.5 Dolore.....	27
5. Iter di Pronto Soccorso.....	28
5.1 OBI.....	28
5.2 Fast Track.....	29
5.3 See and Treat.....	29
Conclusioni .....	31
Bibliografia e Sitografia.....	32
Ringraziamenti .....	33

## **Introduzione**

Il Pronto Soccorso rappresenta il principale punto di riferimento per le persone che hanno necessità di assistenza urgente o che ritengono di averne; è un sistema organizzato in modo da garantire accesso alle cure in ordine di priorità ed equità, nonché in grado di garantire risposte adeguate ai bisogni di salute urgenti e non programmati che arrivano in Pronto Soccorso in maniera non programmata.

Negli ultimi anni si è registrato un notevole aumento dell'attesa nei servizi di pronto Soccorso, ma questo non è dovuto all'aumento del numero di accessi o l'impossibilità di ricovero<sup>1</sup> che sono rimasti stabili rispetto agli anni precedenti; questo fenomeno viene descritto dalla letteratura internazionale come sovraffollamento (overcrowding). Il problema dell'iperafflusso in Pronto Soccorso si verifica quando la capacità degli operatori di rispondere al problema (i problemi possono essere personale insufficiente, strutture non adeguatamente fornite, ecc.), viene superata dalle richieste sanitarie dei pazienti.

Tra i fattori che maggiormente influenzano questo fenomeno ci sono il progressivo aumento di pazienti fragili o che comunque necessitano di interventi immediati, la consapevolezza dell'utente che in Pronto Soccorso troverà personale qualificato in grado di dare risposte adeguato anche grazie all'ausilio della tecnologia, epidemie influenzali; il fattore che però maggiormente condiziona questo problema è l'incapacità di ricovero tempestivo per pazienti che hanno indicazione, per via della carenza di posti letto disponibili nelle unità operative.

Il sovraffollamento è definito un problema perché incide sulla qualità del Triage: oltre agli effetti negativi sui pazienti (in queste condizioni aumentano gli eventi avversi intesi come danni non volontariamente procurati), si riflette in maniera negativa anche sugli operatori. L'impossibilità di dare risposte sommata all'elevato numero di richieste che si accumulano lo stesso sfociano con elevata probabilità in espressioni rabbia e depressione che sono i presupposti per un elevato indice di burnout, una problematica molto frequente purtroppo tra gli operatori in Pronto Soccorso.

---

<sup>1</sup> GFT Gruppo Formazione Triage (2019). Triage Infermieristico (Quarta Edizione). McGraw Hill. pag 11. Secondo gli ultimi dati circa un terzo della popolazione italiana effettua almeno un accesso all'anno in Pronto Soccorso, a prescindere dalla causa, ovvero 24 milioni di persone circa.

## **1. Il Triage**

Il ‘Triage’ (dal francese “*trier*”, ovvero “selezionare”) in Pronto Soccorso è una procedura infermieristica in cui si effettua una valutazione diretta delle condizioni cliniche e delle necessità assistenziali della persona, in modo da classificare l’ordine di accesso al trattamento in base a criteri specifici, assicurando priorità a chi ne ha bisogno maggiore. È garantita in modo continuativo durante tutta la giornata in tutti i Pronto Soccorso attivi in Italia, i quali però possono avere organizzazioni diverse in base alle esigenze locali e questo impedisce la distribuzione in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

Il Triage si può applicare anche al di fuori di una struttura sanitaria fissa, ad esempio in caso di maxi-emergenze, e in generale viene applicato quando la necessità assistenziale delle vittime supera la capacità di intervento dei sanitari e/o soccorritori. In base al contesto cambiano gli obiettivi, le modalità di intervento, il modello di riferimento, tipologia di operatori coinvolti; in questo senso infatti il triage ospedaliero, come definito dalla Raccomandazione Ministeriale numero 15<sup>2</sup>, è orientato in maniera marcata al criterio evolutivo, cioè la possibilità che quella condizione peggiori durante l’attesa successiva all’assegnazione del codice, quando prevista.

Informazione, sorveglianza e gestione dell’attesa sono tre momenti che possono mancare, o eseguiti in maniera diversa, nelle altre tipologie di triage, fondamentali invece nel triage ospedaliero. Rappresenta l’inizio del processo di cura, la scelta del percorso più adatto, il concetto di “presa in carico” dell’assistito e degli accompagnatori.

### **1.1 Finalità**

Il processo di Triage in Pronto Soccorso ha come primo obiettivo quello di garantire l’accesso a tutti coloro che hanno necessità; per questo motivo, l’utilizzo di strumenti di rilevazione e monitoraggio, come la misurazione dei parametri vitali, l’osservazione,

---

<sup>2</sup> Raccomandazione 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: L’errata attribuzione del codice triage può determinare evento sentinella che richiede la messa in atto di misure di prevenzione e protezione. Disponibile in: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1934\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1934_allegato.pdf)

l'interpretazione di segni e sintomi descritti, permette all'infermiere di Triage di attribuire un codice che rispecchia, in maniera oggettiva e soggettiva, la condizione clinica e pertanto di procedere con il trattamento.

L'attività di Triage però non è limitata solo a quanto detto finora, bensì ha anche l'obiettivo di:

- Identificare gli assistiti che necessitano di cure immediate e mettere in atto procedure validate, anche in assenza e/o in attesa del supporto Medico;
- Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne le condizioni, eventualmente anche il codice;
- Ridurre lo stato d'ansia degli assistiti;
- Fornire informazioni chiare ed esaustive ai pazienti e ai loro familiari.

È necessario che la persona si senta sicura al suo arrivo in pronto Soccorso, instaurando un buon rapporto con l'infermiere in modo da ridurre lo stato di agitazione, e aumentare la collaborazione sua e dei suoi accompagnatori. È importante sottolineare che la finalità del Triage non è quella di ridurre i tempi di attesa, bensì distribuire e concentrare gli interventi su chi ha maggiore priorità a riceverli, a svantaggio di chi non ha una patologia tempo dipendente o comunque di minore entità.

## **1.2 Modello di Triage Globale**

Un modello di riferimento rappresenta la guida scientifica su cui è basato l'agire professionale, le fondamenta dalle quali costruire un percorso specifico per ogni assistito. Avere un riferimento è doveroso nei confronti del paziente stesso, agire in maniera organizzata e condivisa da tutto il personale riduce l'errore e permette di trattare tutti nella stessa misura; nella complessità della situazione di triage questo principio risulta essenziale tanto quanto che sia basato su principi scientifici derivanti dalla letteratura di riferimento, senza la quale non può essere considerato tale. L'applicazione del modello di riferimento consiste nell'avere un metodo, una serie cioè di azioni, tecniche e regole a cui attenersi; nel caso specifico del Triage, è una guida per l'infermiere nelle situazioni soprattutto di emergenza e urgenza dove la capacità di ragionamento clinico e di pensiero sono molto limitate dal tempo. Infatti il metodo permette in queste situazioni di attenersi a protocolli in modo da procedere per priorità, evitando l'improvvisazione e il disorientamento.

La coesione e la condivisione del team di lavoro sono aspetti fondamentali per applicare quanto detto sopra: occorre organizzare le procedure secondo il parere della letteratura applicandolo alle varie realtà e agli strumenti disponibili. Gli aspetti su cui basare il proprio modello di riferimento e sviluppare dei protocolli dipende da vari fattori intrinseci al polo di appartenenza, come ad esempio: il numero di accessi quotidiani, l'organizzazione del sistema territoriale (vedi disponibilità di centrale operativa 112/118, volontariato, ecc.), personale e servizi disponibili (sala operatoria, unità operative specializzate), in generale altri vincoli che impediscono di sviluppare tutti i Pronto Soccorso in maniera uguale su tutto il territorio nazionale.

L'applicazione di un modello non dovrebbe essere influenzato da modifiche applicate per carenze o indisponibilità di risorse, perché non lo si sfrutterebbe come si dovrebbe e diventerebbe soltanto un adattamento. I modelli da prendere in considerazione sono pochi e vanno seguiti nella giusta misura, per questo la fase di scelta è un punto critico. Sebbene i modelli utilizzabili siano diversi e differenti tra di loro, alcuni perché, ad esempio, non necessitano neppure di personale infermieristico, l'unico modello validato e considerato "più avanzato" è ritenuto il modello di Triage Globale.

Questo modello richiede la presenza di un infermiere adeguatamente formato ed esperto che lavora sulla base di protocolli propri di quel Pronto Soccorso, in grado di valutare le condizioni dell'assistito, comprendere i segni e sintomi, definire i bisogni prioritari, e stabilire l'ordine in base al livello di urgenza di intervento. È definito "globale" perché l'infermiere prende in carico la persona nella sua interezza, sviscerando tutti gli aspetti più profondi; su tutti si può prendere come esempio l'influenza psicologica sul problema reale che molto spesso è responsabile di una amplificazione della condizione. Questo modello inoltre prevede un sistema di documentazione che rende possibile il controllo della qualità del sistema.

Il Triage Globale considera la necessità di avvalersi di metodi per la valutazione di specifici aspetti clinici validati dalla letteratura (dolore, anamnesi ecc.), e di adattare i casi clinici al contesto e al trattamento ideale. La centralità dell'infermiere in questo ruolo è il punto cardine: è la figura che regola il flusso esprimendo la sua professionalità tramite la valutazione delle condizioni, delle necessità assistenziali e la pianificazione degli interventi attraverso il processo di nursing. Per applicare al meglio il modello di riferimento infine è necessario che si adatti ai flussi diversi del Pronto Soccorso, e

questo presuppone lo sviluppo di attenti percorsi di studio e ricerca sul campo per renderlo possibile.

Si possono riassumere tre criteri fondamentali sui quali si basa la realizzazione di un modello di Triage Globale:

- Preparazione professionale: l'assunzione di responsabilità nella decisione che si prende all'assegnazione del codice è possibile solo disponendo di una adeguata conoscenza, perché nonostante l'infermiere si debba far guidare dai vari protocolli, linee guida, ecc. la scelta va posta in base alla situazione che ha di fronte, con notevole autonomia;
- Applicazione del modello in tutta la sua completezza: evitare di applicare un modello in modo parziale o artigianale, perché gli obiettivi da raggiungere sono realizzabili solo applicando il modello nella sua interezza. Sistemi che applicano solo alcune parti, o modificano, il modello, non rappresentano l'adattamento del modello ma la sua mancata applicazione corretta, con l'elevato rischio di errore e carenze assistenziali;
- Risorse: la disponibilità di risorse strutturali e strumentali, soprattutto considerando le situazioni più critiche, sono essenziali per poter applicare correttamente questo modello di Triage.

La centralità del professionista infermiere in questo ruolo è evidenziata dalle decisioni che gli spetta assumere e dalle conoscenze di cui deve essere possessore.

## **2. Fasi del Triage**

L'infermiere di Triage coinvolge l'assistito e la famiglia in maniera globale, attraverso un'accurata valutazione infermieristica basata su criteri oggettivi, situazionali, soggettivi, e sulle risorse disponibili. La decisione di triage (in cui l'assegnazione del codice è solo una parte e conseguenza di conclusioni precedenti) è una base sulla quale poi si svilupperà l'assistenza, e per tale motivo molto complessa e responsabile di buona parte dei risultati finali.

L'abilità dell'infermiere nella gestione della relazione con la persona durante la valutazione può funzionare anche da immediato intervento terapeutico: può alleviare uno stato d'ansia intenso e permette di rilevare informazioni chiare, precise e sufficientemente esaurienti a completare la valutazione. Questo però non risulta affatto

semplice da applicare per via dei numerosissimi accessi quotidiani che richiedono un grande sforzo da parte del personale, con il rischio di riflettersi in maniera negativa su un principio fondamentale della medicina, anche in situazioni di emergenza: la sicurezza, del paziente e dell'operatore in uguale misura.

Nonostante uno schema preciso al quale attenersi e l'utilizzo di protocolli consolidati per cercare di rendere più semplice e rapida la valutazione del paziente, la capacità di sintesi, di comprensione e la capacità di ragionamento clinico sono competenze necessarie per poter effettuare una valutazione completa, focalizzandosi su:

- Motivo per cui è richiesta e/o necessaria una prestazione sanitaria;
- Segni sospetti (ad esempio colorito cutaneo, sudorazione, postura, emorragie, comportamento).

Una immediata attenzione poi va mostrata in quelle situazioni in cui si identificano le seguenti criticità:

- Vie aeree in pericolo
- Disturbi cardiaci
- Traumi ad organi vitali o che minacciano l'integrità neurologica
- Psicosi acute violente

L'obiettivo dell'infermiere di triage è quello di adottare comportamenti comuni in tutti gli ambiti nell'esercizio della sua professione: prima di tutto valutare la condizione della persona e considerare la possibilità evolutiva o l'insorgenza di complicanze.

Il circolo vizioso del sovraffollamento, mancanza di risorse, tempo ristretto, necessità di valutare più condizioni nello stesso momento, portano ad una sommatoria di pressioni che possono mettere a rischio le decisioni che assume l'infermiere. Per questo, avere uno schema solido e l'utilizzo di protocolli validati e condivisi abbassa il rischio d'errore.

Il processo decisionale di triage si articola in quattro fasi:

1. Valutazione Immediata: colpo d'occhio, osservazione delle condizioni generali per individuare coloro che necessitano di intervento immediato;
2. Raccolta dati:
  - Soggettivi, attraverso un'anamnesi accurata e la rilevazione dei sintomi;
  - Oggettivi, attraverso la rilevazione dei segni, condizioni cliniche evidenti, eventuale documentazione disponibile;

3. Assegnazione del Codice di Priorità;
4. Rivalutazione delle condizioni e del codice di priorità;

## **2.1 Valutazione Immediata**

La definizione “triage sulla porta” deriva dal concetto di valutare il paziente sin dal momento in cui lo si vede entrare in sala d’attesa del Pronto Soccorso. Per i motivi sopra citati questo è difficilmente realizzabile, in ogni caso le linee guida internazionali raccomandano di dover iniziare la valutazione entro 3-5 minuti. La componente visiva è un punto chiave perché l’impatto visivo consente di agire nell’immediato (ad esempio predisporre una barella, un ausilio ecc.).

Lo schema utilizzato in questa fase è una valutazione rapida ABCD, riconducibile a quello utilizzato durante il BLS e paziente critico, considerando che questi possono essere due dei molti casi possibili in arrivo al Pronto Soccorso. L’infermiere osserverà e potrà anche fermare la valutazione per trattare subito una condizione, qualora egli rilevasse una alterazione di anche uno solo dei punti seguenti:

- Aspetto generale

Osservare attentamente la postura, l’andatura, il colorito cutaneo, espressione facciale, interazione con l’ambiente e con le altre persone, soprattutto se accompagnato e chi sono gli accompagnatori (parenti, ambulanza);

- A (airway): pervietà delle vie aeree

Alcuni comportamenti come il segno universale di soffocamento (portarsi le mani al collo mostrando una difficoltà respiratoria grave ed evidente), la presenza di tosse, rumori respiratori anomali, difficoltà nell’eloquio, devono porre subito il sospetto di vie aeree in pericolo;

- B (breathing): respiro

L’attenzione va posta sui movimenti del torace, la qualità della respirazione, l’utilizzo dei muscoli accessori, l’abilità nel parlare senza interrompersi per respirare, la presenza di cianosi, pallore, alterazione della frequenza respiratoria;

- C (circulation): circolo

Si valutano il colorito cutaneo (arrossamenti, pallore, cianosi, cute marezzata, ittero) e l'umidità della stessa (fredda, calda, sudata), oltre alla eventuale presenza di emorragie evidenti.

- D (disability): coscienza e/o deficit neurologici

L'incapacità di riconoscere gli accompagnatori, l'irrequietezza ingiustificata, poca capacità di interazione con l'ambiente circostante, sopore, apertura degli occhi sono caratteristiche da tenere ben presenti nel momento in cui si arriva a questo punto della valutazione, per determinare la presenza di un probabile danno neurologico.

L'ultima parte, ma non meno importante, durante questo punto della valutazione riguarda il controllo dell'area di triage: monitorare sempre, quando possibile, l'area di ingresso e accettazione, oltre a facilitare il lavoro accelerando i tempi di intervento, consente di rispondere velocemente al cambiamento della priorità qualora si presentasse un caso più grave dell'attuale.

## **2.2 Raccolta dati**

Questa fase del Triage si compone di due parti che sono comunque collegate tra loro, per via del fatto che sia i sintomi riferiti e l'esperienza dell'infermiere (valutazione soggettiva), sia i dati disponibili o rilevati tramite strumenti definiti (valutazione oggettiva) sono soggetti alla valutazione del personale, alla quale seguirà una decisione.

### **Valutazione soggettiva**

Effettuare una buona intervista rappresenta uno snodo critico nel processo decisionale, perché in alcuni casi l'infermiere può anche procedere subito all'assegnazione di un codice e/o attivare subito un protocollo; per questi motivi è richiesta una notevole abilità tecnica. Non sempre però l'informazione è direttamente reperibile dall'assistito in prima persona, bensì -nella maggior parte dei casi- sono gli accompagnatori che si sostituiscono a questo compito. Questo è particolarmente vero quando parliamo di pazienti anziani, soli e accompagnati dal servizio extra ospedaliero, e lo è ancora di più per coloro che presentano uno stato di incoscienza e sono impossibilitati a comunicare. In questi casi è molto importante l'organizzazione dell'equipe e l'attivazione di protocolli standardizzati in modo tale da agire nel miglior modo possibile.

Una buona comunicazione è caratterizzata da dati essenziali, precisi, chiari, e l'infermiere va proprio alla ricerca di questi; la maggior parte delle persone che afferiscono al Pronto Soccorso però non sempre riescono a tenere sullo stesso piano i loro bisogni assistenziali e le informazioni utili da rivelare, piuttosto cercano come primo appiglio un conforto, un appoggio e possono risultare logorroici e fuorvianti. Esternare il proprio disagio prima di arrivare al punto della situazione può, da una parte, indurre maggiore ansia e preoccupazione se non trova davanti una persona attenta e comprensibile, dall'altra rompere la distanza iniziale tra la vittima di tale sofferenza e chi deve prendersene cura. Ecco perché l'abilità relazionale ed empatica dell'infermiere di Triage è una peculiarità essenziale all'interno di questo ambiente lavorativo. Tutto questo è vero sebbene si debba sempre considerare il fattore tempo e ambiente che ne possono bloccare o rendere difficile quanto detto.

Attraverso il metodo dell'intervista viene effettuata una valutazione per stabilire:

- Sintomo principale

È il momento in cui viene definito il problema principale per cui si è recata in Pronto Soccorso la persona, ma non sempre il problema dichiarato coincide con il sintomo principale. All'inizio dell'intervista viene formulata un'ipotesi in base alle risposte del paziente, alle sue sensazioni; questa poi deve essere confermata o smentita andando avanti con la valutazione. È da considerare anche che il problema può essere maggiore di uno, e questo porta a considerare diverse ipotesi in ordine di gravità.

È importante guidare il paziente a definirci il punto chiave ma senza porre domande troppo specifiche, almeno nella fase iniziale, bensì è preferibile dare spazio ad un racconto libero, poiché anche in questo modo si può riuscire ad ottenere i dettagli necessari. Se quanto riferito sembra non essere necessario, si deve incoraggiare il paziente ad elencare i problemi in ordine di urgenza: questo può essere utile considerando che una emergenza non può essere esclusa fino al termine della valutazione;

- Evento

In questa fase si analizza la dinamica che ha portato all'insorgenza del sintomo principale, attraverso domande specifiche per comprendere da quanto è insorto, dove è localizzato, gli effetti sul paziente, meccanismo di trauma (in caso sia presente),

progressione dei sintomi dal momento dell'insorgenza all'arrivo in pronto Soccorso, eventuali trattamenti adottati e se questi hanno prodotto esito favorevole.

È un punto importante perché il meccanismo alla base può definire una patologia evolutiva, sospettare lesioni non evidenti in altre sedi, problemi correlati;

- Dolore

Il dolore rappresenta il parametro vitale maggiormente alterato quando si giunge al Pronto Soccorso, perché è soggettivo ed è quello maggiormente evidenziabile. Seppure esistano diverse scale di valutazione per cercare di rendere più oggettivo possibile il dolore, un metodo rapido ed esplicativo per rilevarne l'entità è l'utilizzo della scala PQRST<sup>3</sup>: cosa **p**rovoa o allevia il dolore (movimenti, postura ecc.), **q**ualità del dolore (profondo, superficiale, trafittivo ecc.), **r**egione interessata e se irradiato, **s**everità (utilizzo delle scale di valutazione -vedi Cap. 4-), **t**empo (da quanto va avanti, quando è cominciato, intermittente o costante).

Come detto in precedenza non si deve sempre considerare la soggettività del dolore, ma va considerato anche chi lo riferisce: età (vedi bambini più sensibili), patologie (neuropatie nei diabetici) e molti altri fattori possono influenzare, o mascherare altri sintomi; inoltre può anche essere utilizzato come metodo per accedere prima alla visita medica, manipolando la vera utilità;

- Sintomi associati

Possono essere sintomi correlati a quello principale che prima non erano stati descritti, perché ritenuti dall'assistito meno importanti, ma ugualmente rilevanti, se non addirittura fondamentali, per l'infermiere. Altre volte il sintomo principale non è neppure sufficiente a giustificare un determinato sospetto, e per tale motivo indagare sui sintomi "secondari" assume un peso notevole; l'infermiere di triage infatti deve conoscere, oltre a saper riconoscere, i sintomi e/o segni correlabili ad una determinata patologia, anche se questi non vengono citati nell'immediato;

- Patologie preesistenti

Conoscere la storia medica passata del paziente che arriva in Pronto Soccorso è indispensabile dal momento che essa stessa potrebbe essere la causa diretta della sintomatologia, o più in generale del malessere della persona. Le informazioni da

---

<sup>3</sup> In ambito di Triage è la scala di valutazione del dolore più completa ma allo stesso rapida per la valutazione del dolore, come dichiarato anche dal Manuale di Triage pubblicato dalla Regione Emilia-Romagna e disponibile in: [https://www.118er.it/gecav/upload/formazione/Manuale\\_Triage1.pdf](https://www.118er.it/gecav/upload/formazione/Manuale_Triage1.pdf)

recepire devono riguardare ogni possibile filo conduttore della patologia, ogni sua possibile manifestazione, l'assunzione di farmaci per controllarla e di farmaci che invece non devono essere assunti (antagonisti o altre condizioni come allergie). Sono dati che assumono un valore notevole perché l'assistito può dare meno importanza alla connessione che può esistere tra le due cose, o non avere la conoscenza adeguata per capire che un legame può tenerle insieme, e di conseguenza omettere notizie.

Non sono solo le patologie a dover essere messe in primo piano, ma anche altre condizioni, sulla carta meno gravi e non pericolose, che possono però assumere tutto un altro significato e una spiccata attenzione nel momento in cui sono correlate a segni e/o sintomi caratteristici di complicanze. Da qui l'importanza di investigare sulla storia della persona in generale: stile di vita, fattori di rischio, alimentazione, attività fisica; viene data spesso troppa importanza all'uso di farmaci senza considerare, o in maniera minore e poco rilevante, tutte queste altre caratteristiche invece molto importanti.

### **Valutazione oggettiva**

Dato che lasciare spazio alla descrizione della persona risulta fondamentale per capire le sue condizioni generali, quando possibile, la rilevazione di parametri oggettivi assume una rilevanza secondaria in questo tipo di scenario, ma critica nel momento in cui bisogna prendere una decisione; difatti la maggior parte delle volte, per via della mancanza di tempo e per diminuire la percentuale d'errore, l'attuazione dei protocolli si basa proprio sulla rilevazione di parametri oggettivi, se possibile correlati a sintomatologia caratteristica.

Nonostante ciò i problemi organizzativi e strutturali di molti Pronto Soccorso in Italia portano a trascurare questa parte della valutazione, che però si pone in contrapposizione al modello di triage globale, che rappresenta l'unico metodo per una valutazione totale (per definizione) della persona. Anche in questo caso il metodo dell'osservazione torna molto utile: cercare segni non dichiarati durante l'intervista attraverso una indagine più approfondita e specifica, tramite la rilevazione dei parametri vitali su tutti. Inoltre la localizzazione del sintomo principale che funge da guida all'individuazione di un problema sottostante in una specifica regione, condizioni evidenti come colorito cutaneo, delle sclere e delle mucose. Esaminare direttamente la zona interessata ci permette di ridurre la possibilità d'errore, di essere maggiormente precisi; confrontare i

dati con parametri indicati dalla letteratura (applicati al contesto in cui ci si trova, non considerandoli sempre normali) è particolarmente importante qualora ci siano dubbi sulla loro interpretazione.

### **Esame fisico mirato**

È il primo punto della valutazione oggettiva che consiste nell'applicare lo schema di valutazione ABCD in maniera più approfondita rispetto alla valutazione durante il colpo d'occhio; è definito mirato perché l'infermiere andrà ad indagare in maniera sicuramente più invasiva rispetto alle situazioni precedenti, e perché tutte le sue ricerche saranno basate da quanto trovato in precedenza (ad esempio se il sintomo principale era dolore toracico, sarà diverso che indagare se fosse stato un dolore articolare). In questa fase il contatto fisico (per scoprire il torace ed auscultarlo, rilevare il polso arterioso, e altri possibili) permette di rompere definitivamente la barriera tra paziente ed infermiere e aggiungere informazioni inizialmente non note. Secondo lo schema verranno analizzate le caratteristiche di quel campo e tutto ciò ad esso correlato:

- A – vie aeree: rumori respiratori anomali, decubito preferito (se non normale), capacità di espressione vocale, disfagia, ecc.;
- B – respiro: frequenza respiratoria, utilizzo dei muscoli accessori, suoni respiratori (assenti, presenti, diminuiti, diminuiti su un emi-lato ecc.), caratteristiche della cute (sudata, fredda, cianotica);
- C – circolo: qualità e frequenza del polso arterioso, esame delle mucose e del letto ungueale, refill capillare, pressione arteriosa, eventuali emorragie;
- D – deficit neurologici: coscienza, scale di valutazione GCS <sup>Figura 1</sup> e score AVPU <sup>Figura 2</sup> (usate in particolar modo nei pazienti traumatizzati, meno utili per una valutazione neurologica esaustiva che richiede appunto un consulto più approfondito con un medico neurologo), interazione con l'ambiente e con le altre persone, controllo pupillare <sup>Figura 3</sup>.

A questi si aggiungono altri tre punti che per facilitare la memorizzazione vengono indicati come E, F, G:

- E – esposizione: quando possibile scoprire la zona interessata è fondamentale per confermare o modificare l'ipotesi su cui si era basato l'infermiere inizialmente, verificare la presenza di nuovi segni (deformità, lesioni, emorragie, petecchie ecc.);

- F – temperatura (febbre): rilevare la temperatura corporea e capire in che fase sia l'eventuale febbre, soprattutto nei pazienti pediatrici, è molto importante. L'esposizione per favorire la dispersione di calore, o al contrario la copertura del paziente in caso di brivido intenso, sono le principali azioni non farmacologiche da attuare al triage, prima di indagare la causa. È bene ricordare che il controllo della temperatura, non solo della febbre, è un compito essenziale per prevenire danni secondari da ipo/ipertermia.
- G – parametri vitali: sono dei dati oggettivi che da soli possono decidere un codice di priorità da assegnare, e solo questo basta per comprendere l'importanza di una buona rilevazione ed interpretazione. I parametri vitali, che saranno approfonditi nel capitolo 4, rilevati sono il dolore, la temperatura corporea, il polso arterioso, la pressione arteriosa e il respiro, ai quali si possono aggiungere altri parametri come la saturazione di ossigeno arterioso, la glicemia, e altri esami di seguito descritti.

<b>GLAGOW COMA SCALE</b>		
	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>APERTURA DEGLI OCCHI</b>	<b>Spontanea</b>	<b>4</b>
	<b>Allo stimolo verbale</b>	<b>3</b>
	<b>Allo stimolo doloroso</b>	<b>2</b>
	<b>Assente</b>	<b>1</b>
<b>RISPOSTA VERBALE</b>	<b>Orientata</b>	<b>5</b>
	<b>Confusa</b>	<b>4</b>
	<b>Inappropriata</b>	<b>3</b>
	<b>Incomprensibile</b>	<b>2</b>
	<b>Assente</b>	<b>1</b>
<b>RISPOSTA MOTORIA</b>	<b>Esegue ordini</b>	<b>6</b>
	<b>Localizza al dolore</b>	<b>5</b>
	<b>Allontana al dolore</b>	<b>4</b>
	<b>Flessione al dolore</b>	<b>3</b>
	<b>Estensione al dolore</b>	<b>2</b>
	<b>Assente</b>	<b>1</b>

Figura 1 – GLASGOW COMA SCALE. Tramite la valutazione dei 3 campi presenti nella prima colonna a sinistra si assegna un punteggio corrispettivo. Il valore è considerato normale se uguale a 15, se < 13 è già un segno d'allarme.

SCORE AVPU	
<b>A - ALERT</b>	<b>Il paziente è vigile, sveglio, collaborante</b>
<b>V – VERBALLY RESPONSIVE</b>	<b>Il paziente risponde solo se stimolato verbalmente</b>
<b>P – PAINFULLY RESPONSIVE</b>	<b>Il paziente risponde solo ad uno stimolo doloroso</b>
<b>U - UNRESPONSIVE</b>	<b>Il soggetto non è cosciente e non risponde agli stimoli</b>

Figura 2 – SCORE AVPU. Ognuno dei seguenti campi ci indica una sola condizione possibile per valutare come e se il paziente risponde allo stimolo dato dall'operatore. È molto utile quando bisogna effettuare una valutazione neurologica rapida e in maniera standardizzata, quindi ripetibile e da operatori differenti.

<b>NORMALI</b>		<b>Isocoriche e normalmente reagenti</b>
<b>MIDRIASI</b>		<b>Spalancate e non reagenti [morte cerebrale, intossicazione ecc.]</b>
<b>MIOSI</b>		<b>Più piccole del normale [dipendenza da oppiacei, eccessiva sedazione]</b>
<b>ANISOCORIA</b>		<b>Una spalancata e una più piccola [probabile danno cerebrale grave]</b>

Figura 3 – RIFLESSO PUPILLARE ALLA LUCE. Tramite l'apertura – se non spontanea – della palpebra si stimola con una luce il riflesso della pupilla e si valuta la sua reattività e le sue caratteristiche.

## **Monitoraggio e test diagnostici in Triage**

Alcuni strumenti aggiuntivi possono indirizzare la scelta dell'infermiere anche prima che venga effettuata la visita del medico di Pronto Soccorso. In particolare saranno utili, da utilizzare anche in base all'attuazione di protocolli specifici o come informazioni aggiuntive all'ipotesi, seppure bisogna ricordare che non devono essere considerati diagnostici ma come strumenti di supporto o fortemente indirizzanti alla diagnosi finale; in particolare essi sono:

1. **Pulsossimetro:** attraverso l'utilizzo della pletismografia e della spettrofotometria questo strumento, disponibile anche in apparecchi semplici e portatili, facili da utilizzare, possono essere di grande rilevanza nel momento in cui un valore anomalo viene registrato. Seppure la rilevazione può essere influenzata da diversi fattori, uno tra questi la cute fredda, le tue tecniche su cui si basa questo strumento è in grado di rilevare precocemente una diminuzione dell'ossigeno arterioso periferico e mettere in atto subito provvedimenti.
2. **Glicemia:** lo strumento maggiormente rapido è il glucometro, che tramite un sensore posto in punta alla striscia reagente, a contatto con il sangue periferico del paziente indica sullo schermo un determinato valore; sebbene non può essere indice di affidamento per una diagnosi di patologie (vedi diabete) è uno strumento essenziale perché le ipo-iper glicemie non sono soltanto complicanze di patologie come quella descritta, e inoltre possono indurre condizioni davvero gravi come il coma. Pertanto non appena si rilevi anche il solo sospetto di una sua alterazione, la rilevazione tramite glucometro deve essere subito messa in atto.
3. **Urine:** in alcuni casi è considerato un esame di routine in caso di dolore addominale; in generale possiamo dire che l'urina a contatto con strisce reagenti (note come Stick Urinario), cambiando colore rivelano tante informazioni utili sulla funzionalità renale e non solo, in tempi brevi e in maniera precisa.
4. **Elettrocardiogramma:** è un esame che nel giro di pochissimi minuti può condurre un paziente anche fino alla sala operatoria; infatti un elettrocardiogramma caratteristico, insieme alla sintomatologia, nell'attesa degli esami ematochimici (questi sono i 3 parametri da valutare in caso di patologia

cardiaca, che rappresenta la prima causa di accesso al Pronto Soccorso)<sup>4</sup>. Questo implica che l'esecuzione di quest'esame, seppure sia relativamente semplice, può mettere in moto una serie di eventi da svolgere in maniera rapida e precisa, e per purtroppo questo non è sempre possibile per la mancanza di requisiti strutturali di un piccolo centro.

5. Monitor multiparametrico: è uno strumento molto utile per abbreviare i tempi di rilevazione di alcuni parametri vitali, ma non possono sostituire completamente l'uomo; difatti la rilevazione della frequenza cardiaca non è sufficiente a definire tutte le caratteristiche del polso arterioso, e tantomeno la pressione arteriosa non è invasiva. È ben ricordare quindi che la presenza di questi parametri devono essere completati prima da una correlazione a valori adeguati (per quel paziente) e ad una valutazione manuale quando necessario, o in caso di dubbi.

Questa fase della valutazione è essenziale perché si deve confermare o smentire il sintomo principale; non è sempre semplice infatti individuarlo quando non è nettamente evidente, ma solo dettato da dichiarazioni confuse ed imprecise. Al termine della valutazione oggettiva infatti si può avere un quadro più chiaro, quanto meno basato su dati insindacabili, qualora mancasse quanto detto sopra, e sui quali basare le scelte successive.

Il problema potrebbe essere mascherato, e molto spesso l'abilità dell'infermiere di sfruttare la sua esperienza, la valutazione di casi simili negli anni, il confronto con i colleghi in casi specifici, la formazione continua, e non per ultimo uno studio e una conoscenza approfondita delle varie patologie e manifestazioni, sono essenziali per un infermiere di triage a rivelare anche problemi che apparentemente, in base all'intervista e ai dati oggettivi non preoccupanti, sono meno gravi del previsto. Assegnare un codice di gravità alta ad un paziente che all'apparenza non mostra segni evidenti, non sempre vuol dire eccesso di prudenza e medicina difensiva.

### **2.3 Assegnazione del codice di priorità**

L'assegnazione del codice di priorità soltanto la base da cui partire per effettuare indagini più approfondite; in realtà difatti si tratta solo di una parte di tutto il complesso delle azioni definite come "decisione di triage". È riduttivo sintetizzare l'attività di

---

<sup>4</sup> Chiaranda, M. (2016). Urgenze ed Emergenze – Istituzioni (Quarta Edizione). Piccin. pag 77.

triage pensando che si riduca all'assegnazione di un codice; il processo difatti è una catena complessa di decisioni, che terminano con l'attivazione di percorsi diagnostico-assistenziali adeguati ma che nel mezzo trovano una serie di ostacoli alla semplice realizzazione, su tutti la difficoltà nel trovarsi di fronte sempre nuove e diverse persone, ognuna con le sue sfaccettature, seppure di una patologia che può accomunarle.

I requisiti strutturali poi sono il secondo punto chiave: l'assegnazione di un ipotetico percorso può essere solo in parte realizzabile, perché l'infermiere si dovrà basare anche sulla disponibilità di risorse di quel presidio, o attivare un collegamento infrastrutturale. È inoltre essenziale ricordare che un codice è dinamico: in qualsiasi momento l'infermiere può modificarlo se lo ritiene necessario, ma questo comporta delle azioni e delle valutazioni sulla persona. Ogni particolare è importante nell'assegnazione del codice, perché ognuno di essi rivela una notizia.

L'assegnazione frenetica di un codice in modo da valutare la persona successiva per via del sovraffollamento non è di certo la soluzione migliore, poiché quelle stesse persone di cui sono stati trascurati dettagli all'apparenza insignificanti, potrebbero non aver ricevuto la giusta attenzione e far perdere molto tempo dopo se queste diventassero delle priorità da trattare in emergenza, perché non si è intervenuti bene in fase di valutazione.

Lo schema dell'assegnazione del codice è in ogni caso necessario per poter stabilire una classe di persone da trattare con maggiore urgenza, ma il processo successivo della Rivalutazione, ci fa comprendere quanto sia importante valutare in prima persona e in maniera approfondita ogni singolo assistito.

## **2.4 Rivalutazione delle condizioni e del codice di priorità**

È un momento talvolta troppo trascurato per via dell'iper-afflusso e perché la maggior parte dei pazienti viene fatta attendere, a volte per ore ed ore, in Sala d'attesa senza comunicargli cosa sta accadendo, giustificare la sua attesa, spesso perché è fisicamente impossibile farlo avendo a carico troppe persone. Le capacità di risposta e di intervento del presidio ad accogliere i vari pazienti nei vari percorsi individuali, sono gli aspetti di cui si deve tenere maggiormente conto perché senza di essi il circolo vizioso del sovraffollamento non potrà mai essere risolto.

I modelli che si possono utilizzare per effettuare una valutazione delle condizioni dell'assistito e del codice di priorità, qualora ce ne fosse bisogno, sono diversi, utilizzabili in base alla necessità:

- Intervalli definiti;
- In relazione al codice assegnato;
- In relazione alle condizioni di salute;
- In relazione al quadro clinico specifico.

La fase di rivalutazione richiede una grande abilità nel capire se quella condizione è solo dettata dall'impazienza o da un reale peggioramento; allo stesso però non bisogna sottovalutare le richieste pensando che si tratti sempre di un richiamo all'attenzione personale, perché può capitare che sia solo una impressione dell'infermiere dovuta al vortice di operazioni da compiere in caso di sovraffollamento.

La rivalutazione può comprendere una nuova valutazione di alcuni o tutti i parametri vitali, dell'esami mirato, di una breve intervista; i tempi per fare questo sono definiti da protocolli o condizioni (come descritto in precedenza), e grazie ai nuovi sistemi informatizzati l'infermiere viene avvisato qualora ci sia necessità di rivalutare (il caso più semplice è alla scadenza del tempo massimo entro quale rivalutare, per conoscere i tempi vedi capitolo 4).

È importante che ogni cambiamento o nuova azione venga documentata nella cartella informatizzata della persona, perché soprattutto in caso avvenga un cambio turno, l'infermiere che subentra deve avere a disposizione tutta la storia di Triage di quel paziente.

### **3. I nuovi Codici di priorità**

Il codice di priorità esprime l'esito della decisione di triage basata sulla valutazione effettuata in precedenza e sul ragionamento clinico, che prende in considerazione il rischio evolutivo; mediante l'attribuzione del codice l'infermiere decide e comunica alle unità di cura l'ordine di presa in carico dei pazienti.

L'assegnazione del codice di priorità rappresenta in qualche modo una sintesi delle condizioni cliniche dell'assistito, e in quanto tale non sufficientemente esaustivo a stabilire la gravità del caso, bensì è necessario integrare questo passo con la successiva

visita medica; rappresenta però comunque la base da cui partire, soprattutto per il medico che riceve il paziente in visita, per capire il problema da trattare.

La modalità di Triage tramite l'assegnazione del codice ha permesso, in particolare con la nuova codifica, di gestire il crescente aumento di richiesta di prestazioni ospedaliere, con l'obiettivo di garantire il corretto smistamento dei flussi variabili all'interno del pronto Soccorso. Le nuove linee di indirizzo sono state proposte per rispettare gli standard internazionali e la letteratura scientifica che esorta l'adozione del Modello di Triage Globale e raccomanda l'utilizzo del sistema di codici a 5 livelli; uno dei punti cardine per cui si è sviluppato questo nuovo sistema, e ciò che lo differenzia dal precedente, è la relazione tra il codice e tempo di accesso al trattamento per la gestione del sovraffollamento.

### **3.1 Criteri per l'attribuzione del codice**

La nuova codifica prevede l'utilizzo di codici numerici ma le Regioni, sulla base del documento del Ministero della Salute, possono affiancare anche un codice colore corrispettivo <sup>Figura 4</sup>. Ad ogni codice corrisponde una determinata condizione, stabilita in base alle valutazioni antecedenti, e poi da questi possono partire trattamenti immediati o l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali. Di seguito la descrizione dei codici per ordine di gravità (1- più grave; 5 – meno grave):

- Codice 1: interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali. È il caso in cui non può esserci un tempo di attesa ma bisogna intervenire immediatamente in maniera aggressiva. La definizione prende in considerazione la perdita della funzione respiratoria, cardiocircolatoria o neurologica, in corso o con una capacità di evoluzione rapida da mettere in pericolo la vita della persona;
- Codice 2: Rischio di compromissione di una o più funzioni vitali, d'organo o apparati. Rischio evolutivo elevato.

Sono quelle condizioni definite "ad alto rischio evolutivo", tali da mettere in pericolo la vita della persona in pochi minuti se non adeguatamente controllate, anche se non è una situazione di potenziale morte senza intervento immediato, come il Codice 1, bensì una situazione in cui molto facilmente si può avere una perdita di funzione di un organo. Si può assegnare questo codice anche in caso di dolore acuto severo;

- Codice 3: Condizione stabile senza rischio evolutivo. Presente sofferenza, può richiedere prestazioni complesse.

Non ci sono condizioni con rischio evolutivo, ma il paziente è in uno stato di disagio tale da richiedere interventi specifici, a volte anche complessi non solo dal punto di vista tecnico (tanto da richiedere uno specialista) ma anche per organizzazione e risorse necessarie;

- Codice 4: Condizione stabile senza rischio evolutivo, può richiedere prestazioni mono-specialistiche.

I percorsi che si attivano non sono complessi da tutti i punti di vista, i pazienti hanno parametri vitali stabili, e con la nuova codifica è stata enfatizzata

l'importanza, ove possibile, di attivare percorsi rapidi o predeterminati da protocolli interni (Fast Track, See and Treat – vedi capitolo 5 -);

- Codice 5: Condizione stabile, non urgente o di minima rilevanza clinica.

In genere si tratta di problemi cronici, senza alterazione dei parametri vitali, spesso che richiedono interventi attuabili in altri percorsi (ad esempio medico di medicina generale, day hospital ecc.). anche in questo caso può essere prevista l'attivazione dei percorsi menzionati sopra.

L'assegnazione del codice prevede anche un eventuale criterio temporale (per stabilire in base all'ordine di arrivo chi deve accedere per primo), utilizzabile però solo in caso di codice e/o condizione uguale, ricordando che sotto lo stesso codice possono trovarsi più problematiche, diverse tra loro. Alcune variabili di cui tenere conto dopo l'assegnazione del codice sono la presenza di specifici protocolli, tipologia di struttura, età, gravidanza, disabilità, condizioni di fragilità: è chiaro che questi pazienti devono ricevere assistenza prioritaria per i rischi correlati alle condizioni descritte.

## **Casi particolari**

In alcuni casi la presenza di pazienti agitati, aggressivi, non collaboranti può mettere in pericolo gli altri assistiti o l'operatore stesso, tanto da mettere in atto strategie di contenimento (come dedicargli uno spazio diverso da quello comune, assegnare un codice di maggiore priorità – a meno che si è assolutamente certi che quanto accade non sia legato alla condizione, ma solo all'attesa – ecc.).

Studi recenti hanno dimostrato come le patologie tempo dipendenti, in particolare l'infarto miocardico di tipo STEMI e l'ictus ischemico acuto<sup>5</sup>, possano essere efficacemente trattate, con prognosi favorevole, se si interviene in tempi brevi: questo è reso possibile se in Pronto Soccorso avviene una attenta analisi delle condizioni, tali da permettere l'attivazione precoce di specifici protocolli e percorsi adeguati. In caso questo non sia possibile, per mancanza di risorse, personale ecc., l'organizzazione del percorso più adatto è un compito altrettanto importante: a volte semplicemente assegnando un codice di priorità maggiore, altre volte pianificare il trasporto verso un centro più idoneo valutando le condizioni generali, le tempistiche, la struttura di partenza e quella di arrivo per stimare i benefici e i rischi.

Un'altra situazione particolarmente difficile da gestire, spesso più per la condizione psicologica che clinica, sono i maltrattamenti su minori e la sospetta violenza sessuale: se è vero che esistono dei protocolli e una rete di strutture che lavorano insieme per risolvere il problema, è ugualmente vero che quasi sempre il motivo per cui il/la paziente giunge in Pronto Soccorso non è di certo quello citato, o meglio non viene denunciato come tale. L'infermiere di Triage deve avere grande abilità intuitiva perché in questi casi avvisare le autorità competenti è analogamente considerato un comportamento salva vita.

### **3.2 Conferma o modifica del codice dopo rivalutazione**

La fase di rivalutazione delle condizioni cliniche dell'assistito, ed eventualmente del codice di priorità, è una fase molto importante perché l'attesa in pronto Soccorso può essere davvero lunghissima, e perché ci sono patologie che se non trattate entro tempi determinati vanno a peggiorare lo stato generale della persona. È importante che eventuali variazioni vengano registrate in cartella perché in caso di passaggio di consegna tutto deve essere registrato.

Le nuove linee di indirizzo sul Triage Intraospedaliero indicano di rivalutare le condizioni dell'assistito quando l'infermiere o il paziente ritengono o richiedono che sia necessario, oppure quando viene superato il limite massimo di accesso al trattamento.

---

<sup>5</sup> Chiaranda, M. (2016). Urgenze ed Emergenze – Istituzioni (Quarta Edizione). Piccin. pagg. 200, 297

Per quanto riguarda invece i codici di priorità di maggiore gravità l'approccio è differente: per il codice 2 è richiesto monitoraggio continuo, possibilmente visivo e non video mediato, mentre il codice 1 non richiede alcuna rivalutazione perché il trattamento è continuo e immediato, se la situazione migliora può cambiare anche il codice e il percorso.

CODICE		CLASSIFICAZIONE	DESCRIZIONE	TEMPO MASSIMO DI ATTESA AL TRATTAMENTO
<b>1</b>	<b>ROSSO</b>	<b>EMERGENZA</b>	<b>Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali</b>	<b>ACCESSO IMMEDIATO</b>
<b>2</b>	<b>ARANCIO</b>	<b>URGENZA</b>	<b>Rischio di compromissione di una o più funzioni vitali, d'organo o apparati. Rischio evolutivo elevato</b>	<b>15 minuti</b>
<b>3</b>	<b>AZZURRO</b>	<b>URGENZA DIFFERIBILE</b>	<b>Condizione stabile senza rischio evolutivo. Presente sofferenza, può richiedere prestazioni complesse</b>	<b>60 minuti</b>
<b>4</b>	<b>VERDE</b>	<b>URGENZA MINORE</b>	<b>Condizione stabile senza rischio evolutivo, può richiedere prestazioni mono-specialistiche</b>	<b>120 minuti</b>
<b>5</b>	<b>BIANCO</b>	<b>NON URGENZA</b>	<b>Condizione stabile, non urgente o di minima rilevanza clinica</b>	<b>240 minuti</b>

Figura 4 – I NUOVI CODICI DI PRIORITA'. La descrizione indica la situazione in cui, ricordando sempre che la valutazione precedente deve essere da guida, può essere assegnato il codice di priorità. Nell'ultima colonna sono inseriti i tempi massimi di attesa per l'accesso al trattamento, oltre i quali bisogna rivalutare il paziente.

CODICE		CLASSIFICAZIONE	DESCRIZIONE	MODALITA' E TEMPI DI RIVALUTAZIONE
1	ROSSO	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Nessuna rivalutazione, monitoraggio costante
2	ARANCIO	URGENZA	Rischio di compromissione di una o più funzioni vitali, d'organo o apparati. Rischio evolutivo elevato	Osservazione diretta o video mediata, monitoraggio costante delle condizioni cliniche
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo. Presente sofferenza, può richiedere prestazioni complesse	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A giudizio dell'infermiere</li> <li>• Su richiesta del paziente</li> <li>• Se trascorso il tempo massimo di attesa raccomandato in Figura 4</li> </ul>
4	VERDE	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo, può richiedere prestazioni mono-specialistiche	
5	BIANCO	NON URGENZA	Condizione stabile, non urgente o di minima rilevanza clinica	

Figura 5 – MODALITA' E TEMPI DI RIVALUTAZIONE. La tabella descrive la modalità e il momento in cui effettuare la rivalutazione delle condizioni del paziente.

#### **4. Codici di priorità e parametri vitali**

I parametri vitali sono dati oggettivi (ad eccezione del dolore, soggettivo ma oggettivabile) che esprimono lo stato di salute della persona e che permettono all'infermiere di Triage, in maniera rapida e standardizzata, di valutare le condizioni cliniche. Gli obiettivi da raggiungere misurando i parametri vitali sono di individuare precocemente una alterazione (o potenziale) di una funzione vitale, individuare le patologie evolutive e consentire monitoraggio.

I valori di riferimento dei parametri vitali sono definiti da linee guida internazionali e a questi vanno confrontati i valori che l'infermiere rileva durante la valutazione; non sempre però possono essere considerati “nella norma” rispetto ai parametri vitali standard, e infatti rappresenta solo un piccolo step della valutazione oggettiva, nessuno di quella soggettiva. Questo perché le condizioni generali e tanti altri fattori possono influenzare i parametri vitali e risultare alterati, ma non è da escludere che questo sia giustificabile dall'assunzione di un farmaco, ad esempio, oppure essere un segnale d'allarme per una determinata condizione in cui i valori “normali” non rispecchiano uno stato di salute.

Un'altra caratteristica dei parametri vitali è che vanno considerati insieme: un singolo parametro o valore alterato non per forza indica un problema, così come non è detto che non possa porre dubbio se gli altri parametri siano normali. Inoltre non è sempre necessario rilevarli tutti se durante la valutazione l'infermiere si accorge che può assegnare un codice anche solo con alcuni dei parametri rilevati (es. paziente dispnoico e con sudorazione algida, ipotensione notevole o tachiaritmia non è necessario rilevare gli altri parametri, almeno in quel frangente, per assegnare un codice di emergenza).

I parametri vitali che prendiamo in considerazione in Triage in Pronto Soccorso sono la pressione arteriosa, il polso arterioso (in particolare la Frequenza Cardiaca), il respiro (in particolare la Frequenza Respiratoria), la temperatura corporea; insieme a questi vengono generalmente considerati importanti da misurare anche il dolore (considerato ormai il quinto parametro vitale, oltre a quelli appena citati), la saturazione arteriosa di ossigeno e la funzionalità neurologica mediante la Glasgow Coma Scale -vedi Figura 1, Capitolo 2.2, Valutazione oggettiva, punto D -.

In Pronto Soccorso i range di “normalità” dei parametri vitali può leggermente variare rispetto ad una situazione di non urgenza, che si presenta comunque ma in maniera

minore in Pronto Soccorso, e si definiscono quindi degli intervalli entro cui, secondo la letteratura, un parametro può non essere considerato alterato. I parametri vitali in Pronto Soccorso per altro possono alterarsi anche per via della situazione stressante che si può creare, non solo per la problematica principale, fuorviando la valutazione o, nella maggior parte dei casi, la rivalutazione.

#### **4.1 Pressione arteriosa**

La pressione arteriosa è la forza esercitata dal sangue contro le pareti delle arterie<sup>6</sup>. In genere la sua misurazione avviene in maniera non invasiva, attraverso dispositivi manuali (sfigmomanometro e fonendoscopio) oppure elettronici (monitor multiparametrici e altri).

I valori di riferimento da prendere in considerazione si riferiscono alla pressione arteriosa Sistolica (che può essere indicata con l'acronimo "PSys") che deve essere tra 90 e 140 mmHg (millimetri di mercurio, unità di misura della pressione arteriosa) e la pressione arteriosa Diastolica (PDia) compresa tra 60 e 90 mmHg. I campanelli d'allarme compaiono quando uno di questi valori è alterato, in particolare quando la PSys è minore di 90 o maggiore di 180 mmHg, oppure quando la PDia è minore di 50 o maggiore di 140 mmHg; non è escluso che le due condizioni possano essere contemporanee, e in questo caso l'attenzione deve essere ancora maggiore.

#### **4.2 Polso arterioso**

Il polso arterioso è generato dalla pressione che crea l'onda sfigmica, che parte dal cuore che si contrae e si dirama nei vasi, contro le pareti delle grandi e piccole arterie che avendo capacità elastiche si allargano per poi tornare in posizione, riproducendo in qualche modo un "battito" rilevabile in periferia o in sede centrale, che parte dal cuore. Le caratteristiche del polso arterioso sono diverse (qualità, ritmo, frequenza) se si vuole ottenere una valutazione completa, e sono in grado di descrivere ampiamente l'attività cardiaca ed eventuali problemi; durante la fase di Triage in genere viene valutata, soprattutto perché si utilizzano i monitor multiparametrici, soltanto la frequenza cardiaca – che ricordiamo è solo una caratteristica del polso arterioso -. Questa è

---

<sup>6</sup> Definizione di pressione arteriosa. ISS (istituto superiore di sanità). Disponibile in: [https://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?id=18&area=Malattie\\_cardiovascolari](https://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=18&area=Malattie_cardiovascolari)

considerata “normale” se compresa tra 60 e 100 battiti al minuto, “pericolosa” se al di sotto di 50 o al di sopra di 100 battiti al minuto.

È bene ricordare che il polso arterioso, così come anche altri parametri vitali, può essere influenzato da diversi fattori come l’attività fisica, il fumo, l’assunzione di bevande eccitanti, l’ansia.

### **4.3 Respiro e Saturazione arteriosa di ossigeno**

Quanto detto per il polso arterioso è ancora più vero per il Respiro: troppo spesso si prende in considerazione soltanto – se rilevata, a volte il parametro non viene neppure registrato - la Frequenza Respiratoria, i cui valori normali sono compresi tra 12 e 20 atti respiratori al minuto, ricordando che un singolo atto respiratorio comprende la fase di inspirazione e anche la successiva espirazione. Il parametro è considerato alterato se è minore di 10 o maggiore di 20 atti al minuto.

La qualità e la profondità del respiro sono le altre caratteristiche definenti di questo parametro vitale, troppo poco considerato in fase di Triage e spesso sottovalutato per il poco tempo a disposizione per poter effettuare una valutazione completa.

Strettamente collegato al respiro è un parametro facilmente rilevabile con strumenti elettronici (i monitor multiparametrici, ad eccezione di rari casi, hanno in dotazione un semplice pulsossimetro da dito che permette di analizzare la saturazione arteriosa di ossigeno e il polso arterioso) e che, in poco tempo, ci possono dare indicazioni sulla funzionalità respiratoria. I valori normali di riferimento sono compresi tra 97 e 99 %, pericolosa se < 92% in un paziente senza patologie che ne giustifichino il valore. Il fatto che venga rilevato con strumenti elettronici però deve sempre far considerare i fattori che potrebbero influenzare la misurazione (smalto, estremità fredde ecc.).

### **4.4 Temperatura corporea**

Ci sono diverse sedi per poter rilevare la Temperatura corporea, ma in Pronto Soccorso la sede più precisa e rapida rispetto alle altre è considerata quella timpanica; i valori normali di riferimento sono compresi tra 36,2 e 37,2 °C, i segnali di allarme invece quando minore di 34 o maggiore di 39 °C.

È doveroso sottolineare che la febbre è una alterazione della temperatura corporea, e che indica la temperatura del corpo in generale; rilevare la temperatura corporea invece

può voler dire verificare, ad esempio, la differenza di temperatura tra un arto e l'altro – che può indicare insufficienza vascolare -, rilevare delle variazioni anche in difetto come nei casi gravi di ipotermia.

## 4.5 Dolore

Nonostante venga considerato dalla letteratura il quinto parametro vitale non può propriamente definirsi tale in quanto è troppo soggettivo per attribuirgli l'etichetta di dato oggettivo, seppure la presenza di scale di valutazione di vario tipo cercano in qualche modo di dare un punto di riferimento a chi assegna il punteggio. Il dolore secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) è una sensazione spiacevole o esperienza negativa che può essere correlata ad un danno fisico ma anche psicologico

Il dolore, come detto anche in precedenza, è il parametro vitale – perché si riferisce ad una funzionalità essenziale del corpo umano, la situazione di normalità è “nessun dolore”, di conseguenza può essere talmente forte da incidere sugli altri parametri vitali, modificarli o influenzarli - maggiormente alterato quando un paziente giunge in Pronto Soccorso.

Il Ministero della Salute infatti nel 2001 con un accordo Stato-Regioni<sup>7</sup> ha emanato le linee guida per “l'Ospedale senza dolore” in cui si evidenzia l'importanza di monitorare e alleviare il dolore e promuove l'utilizzo di scale di valutazione validate e standardizzate. In particolare la scala più utilizzata nel paziente adulto e collaborante è la scala numerica NRS (Numeric Rating Scale) in cui si assegna appunto un punteggio da 0 a 10, in cui i due estremi rispecchiano rispettivamente l'assenza di dolore o la sua massima intensità.

È importante sottolineare che i parametri vitali vanno considerati sempre nel contesto della persona: un paziente molto anziano con demenza può non avere una GCS di 15, ma questo non è considerato allarmante perché appunto bisogna valutare le circostanze, la dinamica (es. incidente d'auto, il paziente non riporta alcuna lesione – sia evidente che non evidente – ma la frequenza cardiaca è comunque elevata per via della paura nell'impatto); il singolo parametro preso da solo può non voler dire nulla.

---

<sup>7</sup> Accordo 24 Maggio 2001. Gazzetta Ufficiale 29 Giugno 2001, n. 49. Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province Autonome sul documento di linee guida inerente il progetto “ospedale senza dolore”. Disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/06/29/001A7004/sg>

## 5. Iter di Pronto Soccorso

Il percorso che segue l'attribuzione del codice di priorità è strettamente correlato al codice stesso per tempistiche e modalità di intervento, e prevede la visita medica e gli accertamenti diagnostici prima di definire la fase finale, che potrà essere:

- l'ammissione in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.);
- il ricovero presso una unità operativa di degenza;
- trasferimento in un'altra struttura;
- l'invio al domicilio con eventuale attivazione dell'assistenza territoriale.

Per ogni percorso sono previsti dei tempi da rispettare in base ai criteri raccomandati dalla letteratura internazionale e le modalità operative nelle diverse fasi, riassunti in tabella <sup>Figura 6</sup>.

### 5.1 OBI

L'Osservazione Breve intensiva<sup>8</sup> è stata introdotta con l'obiettivo di gestire le condizioni emergenza-urgenza per quei pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, o viceversa, con necessità di un percorso non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali.

L'ammissione in OBI deve avvenire entro un massimo di 8 ore dalla presa in carico in fase di Triage e la permanenza del paziente non deve superare le 44 ore dall'ingresso in pronto Soccorso. Il trattamento in OBI può terminare con il ricovero presso una unità di degenza, presso una unità per acuti oppure la dimissione domiciliare e la presa in carico di altri professionisti.

Al termine della valutazione di Triage l'infermiere può attivare il PDTA (Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale) più adatto ottimizzando i tempi di presa in carico e trattamento, contribuendo alla diminuzione dei tempi di attesa globale. L'attivazione di questi percorsi prevede la realizzazione di appositi protocolli per percorsi dedicati: Fast Track, See and Treat e patologie tempo-dipendenti (SCA, Ictus ischemico acuto, Trauma Maggiore).

Questi percorsi sono stati realizzati per garantire un approccio rapido in base alla priorità di intervento, nel caso specifico a bassa complessità con invio a team sanitari

---

<sup>8</sup> Ministero della Salute. Linee di Indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva. 2019. Disponibile in: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3849\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_0_file.pdf)

distinti dal quelli del Pronto Soccorso, facilitando l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri.

## **5.2 Fast Track**

È un percorso assistenziale in risposta alle urgenze minori di competenza mono specialistica: alcuni esempi sono trattamenti oculistici, ostetrici, dermatologici, odontoiatrici, talvolta anche ortopedici, nei casi in cui in fase di Triage è stato assegnato un codice per urgenza minore.

## **5.3 See and Treat**

È un modello di risposta per le urgenze minori individuate nell'immediato e si basa sui protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale. Questo percorso non può essere applicato in quei casi in cui la sintomatologia suggerisce un approfondimento specialistico (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie ecc.). I risultati dell'applicazione di questo servizio su buona parte del territorio nazionale ha evidenziato una riduzione dell'attesa e dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso per urgenze minori.

Il percorso See and Treat è organizzato in modo che il paziente viene preso in carico in una determinata area del Pronto Soccorso dove l'infermiere, attenendosi ai protocolli precedentemente citati, svolge le procedure necessarie e di cui è competente, e su approvazione medica continua con il completamento del percorso.

Anche in questo caso la rivalutazione del paziente deve essere un punto centrale poiché una possibile evoluzione può far rientrare il paziente nel percorso "classico" di Pronto Soccorso o risolvere definitivamente il problema e procedere con la dimissione.

Figura 6 – ITER DI PRONTO SOCCORSO. La tabella riassume i percorsi scelti, le modalità e i tempi di trattamento in base a dove si trova il paziente.

	ATTIVITA'	ESITO		TEMPO MASSIMO
TRIAGE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• assegnazione codice</li> <li>• scelta del percorso</li> <li>• rivalutazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• invio diretto in sala emergenza</li> <li>• ambulatorio</li> <li>• avvio di un Fast Track</li> <li>• Prestazione diretta (See and Treat)</li> </ul>		8 ore Dalla presa in carico in fase di Triage al termine della prestazione in Pronto Soccorso
PRONTO SOCCORSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• visita</li> <li>• accertamenti diagnostici</li> <li>• consulenze specialistiche</li> <li>• terapie</li> <li>• percorso predefinito</li> </ul>	Dimissioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• affido al MMG</li> <li>• assistenza domiciliare</li> <li>• struttura residenziale</li> <li>• follow up</li> </ul>	
		Ricovero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unità di degenza</li> <li>• Unità per acuti</li> </ul>	
		Invio in OBI		
OBI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• visita</li> <li>• accertamenti diagnostici</li> <li>• consulenze specialistiche</li> <li>• monitoraggio clinico e strumentale</li> <li>• terapia</li> </ul>	Dimissioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• affido al MMG</li> <li>• assistenza domiciliare</li> <li>• struttura residenziale</li> <li>• follow up</li> </ul>	Minimo <b>6 ore</b> dall'ingresso in OBI Massimo <b>44 ore</b> dall'ingresso in Triage
		Ricovero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unità di degenza</li> <li>• Unità per acuti</li> </ul>	

## **Conclusioni**

Le nuove linee di indirizzo sul Triage sono state sviluppate con l'obiettivo di migliorare la presa in carico degli assistiti e l'inizio del trattamento in urgenza. Il concetto fondamentale è che il Triage rappresenta l'inizio del percorso in Pronto Soccorso con il fine di individuare le priorità di accesso alle cure e disegnare il giusto percorso ad ogni singolo paziente.

Le nuove linee di indirizzo sono state emanate per adeguarsi alle raccomandazioni della letteratura internazionale e contengono delle novità rispetto alle precedenti, in particolare:

- I codici di priorità sono cinque con l'obiettivo di distribuire meglio gli assistiti, in modo da garantire il giusto trattamento; questa necessità è nata dal fatto che il "codice verde" che esisteva in precedenza comprendeva troppe variabili, con il rischio di eventi sfavorevoli o sottovalutazione delle condizioni degli attuali "codici 3". Nonostante questo, i codici minori non sono i responsabili del sovraffollamento in Pronto Soccorso, bensì il problema è risolvibile con una buona organizzazione del presidio in cui si trova il Pronto Soccorso, e non sono il Pronto Soccorso stesso;
- La presa in carico del paziente prevede sempre l'attribuzione del codice di priorità per accedere alle cure ma non coincide necessariamente con l'inizio immediato delle stesse;
- L'infermiere di Triage è dotato di notevole autonomia professionale e in relazione alla sua formazione di base e post-base, in fase di Triage è autorizzato a somministrare farmaci, eseguire esami ematochimici, iniziare un trattamento, seguendo i protocolli interni.
- È stata rafforzata l'idea della continuità assistenziale nella fase successiva alle cure primarie e nuovi percorsi (OBI, Fast Track, See and Treat) per migliorare la distribuzione dei pazienti e l'accuratezza delle cure.

## **Bibliografia e Sitografia**

- Chiaranda, M. (2016). Urgenze ed Emergenze – Istituzioni (Quarta Edizione). Piccin.
- Ministero della Salute (2019). Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero. Disponibile in:  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3849\\_listaFile\\_itemName\\_1\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf)
- Deliberazione Giunta Regionale Regione Marche numero 1457 (2019). Recepimento Accordo Stato Regioni del 1/08/2019: “Linee di indirizzo nazionale 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” - Linee di indirizzo regionali. Disponibile in:  
[http://www.norme.marche.it/Delibere/2019/DGR1457\\_19.pdf](http://www.norme.marche.it/Delibere/2019/DGR1457_19.pdf)
- GFT Gruppo Formazione Triage (2019). Triage Infermieristico (Quarta Edizione). McGraw Hill.
- Regione Emilia-Romagna. Salute. Disponibile in:  
<https://salute.regione.emilia-romagna.it/>
- Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Glasgow Coma Scale. Disponibile in:  
<https://www.cdc.gov/masstrauma/resources/gcs.pdf>
- Azienda unità Sanitaria Locale di Bologna. Dipartimento di Emergenza e Urgenza. Manuale di Triage. Disponibile in:  
[https://www.118er.it/gecav/upload/formazione/Manuale\\_Triage1.pdf](https://www.118er.it/gecav/upload/formazione/Manuale_Triage1.pdf)
- David Romanelli; Mitchell W. Farrell. AVPU Score. National Center for Biotechnology Information (NCBI). 2014. Disponibile in:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538431/>

## **Ringraziamenti**

Dedico la mia Tesi di Laurea ai miei nonni Venanzio, Francesco, Giuliana e Anna, ai miei genitori, a mio fratello Manuel, a 'la nostra famiglia' e 'Collalto 48'. Grazie per essere stati sempre accanto a me, soprattutto nei momenti di difficoltà.

Ringrazio i miei migliori amici 'i cocodrilli' per essere rimasti gli stessi di sempre, nonostante la distanza.

Ringrazio Giulia per aver creduto in me sin dal primo giorno, per avermi spinto a non mollare mai.

Ringrazio Letizia per essere stata la compagna di viaggio perfetta, per aver reso tutto questo più leggero, per aver ascoltato i miei mille dubbi e le mie costanti lamentele.

Ringrazio i miei coinquilini 'Gang Piazza del Papa' per le infinite risate che mi avete regalato in questi anni.

Infine desidero ringraziare il Relatore Dott. Dini Davide e il Correlatore Palumbo Pasquale per la sempre pronta disponibilità nella stesura di questa Tesi di Laurea, i Tutor e il Direttore ADP del Corso di Laurea in Infermieristica per aver reso questo percorso speciale.