



*Ministero della Salute*

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO



*Ministero della Salute*

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI  
SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO*



## SOMMARIO

<b>Sommario</b> .....	2
PREMESSA.....	4
1. DEFINIZIONE DI TRIAGE .....	5
1.1 Finalità .....	6
1.2 Modello di riferimento .....	6
2. CODICI DI PRIORITÀ .....	8
2.1 Accoglienza e attribuzione del codice di priorità.....	10
2.2 Rivalutazione del codice di priorità.....	11
3. ITER DI PRONTO SOCCORSO .....	13
3.1 Ammissione in O.B.I. ....	13
3.2 Organizzazione dei flussi di trattamento .....	15
3.3 Percorsi rapidi ( <i>Fast Track, See and Treat</i> ) .....	15
3.4 Organizzazione del percorso pediatrico .....	16
3.5 Il Pronto Soccorso Ostetrico.....	17
4. STANDARD ORGANIZZATIVI .....	18
4.1 Requisiti strutturali.....	20
4.2 Risorse Tecnologiche .....	20
4.3 Risorse Umane .....	21
5. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO .....	22
5.1 Protocolli e procedure .....	22
5.2 Documentazione Clinica .....	22
5.3 Monitoraggio Eventi Sentinella.....	23
6. PRESA IN CARICO .....	23
6.1 Umanizzazione.....	23
6.2 Condizioni particolari .....	24
7. FORMAZIONE .....	27



7.1 Formazione di accesso al Triage .....	28
7.2 Formazione permanente in Triage.....	29
8. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS) .....	311
8.1 Il sistema EMUR .....	311
9. sistema di verifica e qualità .....	333
10. CONCLUSIONI.....	36
BIBLIOGRAFIA .....	37
SITOGRAFIA.....	38



## PREMESSA

Fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 del secolo scorso, si è assistito ad un costante aumento degli accessi nei Pronto Soccorso ospedalieri italiani che, analogamente a quanto verificatosi in altri Paesi, non erano preparati ad affrontare questa crescente ondata di pazienti e soprattutto non erano in grado di regolarne il flusso. Alla base di questo fenomeno possiamo includere l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di pazienti complessi, l'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura. Le nuove criticità che si sono determinate sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (*boarding*) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (*overcrowding*) nei Servizi di Pronto soccorso. Questi fattori hanno indirizzato Istituzioni e operatori verso la ricerca di nuovi scenari, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in Pronto Soccorso ed un utilizzo attivo dei tempi di attesa.

Ci si è quindi occupati di affrontare tale situazione attivando, in linea con le direttive nazionali e sulla base delle evidenze scientifiche del momento, un sistema di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure. Tale sistema, individuato nel Triage infermieristico, è stata la prima risposta del Servizio Sanitario a tali criticità, favorendo in particolar un più appropriato accesso alle cure.

Il quadro normativo di riferimento è rappresentato da:

- *D.P.R. 27 marzo 1992 - "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza".*
- *ATTO D'INTESA Stato-Regioni del maggio 1996 - "Atto d'intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992".*
- *ACCORDO Stato-Regioni del 25.10.01 - "Linee Guida su Triage intraospedaliero - valutazione gravità all'ingresso- e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria".*
- *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".*

In attuazione di tali atti di indirizzo, nel nostro Servizio Sanitario Nazionale viene introdotta e implementata la metodologia del *Triage* infermieristico, inteso quale strumento per effettuare una idonea selezione degli accessi in Pronto Soccorso, in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo, nonché dal grado di impegno delle risorse



disponibili.

Le Linee guida del 2001 hanno rappresentato un punto di svolta nel miglioramento del sistema di Triage infermieristico in Italia e ancora oggi costituiscono un valido riferimento. Ciononostante, la loro parziale diffusione sul territorio nazionale e, soprattutto, l'assenza di un modello uniforme e condiviso, con criteri definiti e caratterizzato da un percorso formativo rigoroso, hanno indotto i Professionisti del settore a confrontarsi sulla metodologia e sugli obiettivi da raggiungere per la condivisione di un modello nazionale di riferimento del sistema stesso.

Il ruolo fondamentale assunto dal Triage all'interno dei servizi di PS, il progressivo sviluppo ed affinamento delle metodologie di valutazione, la migliore capacità di stratificare i gradi di priorità e l'attivazione di percorsi basati sull'intensità di cura hanno portato, analogamente alle più importanti esperienze internazionali, a riconoscere la necessità di modificare l'attuale sistema di codifica a quattro codici.

Alla luce anche del progressivo sviluppo di sperimentazioni avanzate, quali il "*fast track*" ed il "*see and treat*", che rappresentano nuove modalità di realizzazione di soluzioni operative funzionali alla gestione delle emergenze, è necessario individuare strumenti regolatori condivisi che garantiscano l'erogazione di una risposta assistenziale corretta ed appropriata.

In questo contesto si inserisce la necessità di aggiornare ed integrare le Linee guida del 2001 con la finalità di garantire la realizzazione di un sistema di *Triage* infermieristico uniforme su tutto il territorio nazionale, orientato ai nuovi bisogni di salute della popolazione e in linea con le evidenze scientifiche più recenti, che risponda alle attuali esigenze dei contesti operativi, nel rispetto della sicurezza delle cure, con un'attenzione particolare nei riguardi dei soggetti portatori di fragilità psicosociale, così da attuare un corretto approccio valutativo e realizzare, già dall'inizio del percorso di cura, un'adeguata presa in carico della persona.

## DEFINIZIONE DI TRIAGE

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di *Triage* non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi in emergenza e urgenza.

La funzione di *Triage* deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore. I servizi di Pronto



Soccorso sviluppano uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di *Triage* garantendo il rispetto dei criteri nazionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine, è necessaria l'attivazione di gruppi multi-disciplinari (medici ed infermieri esperti) che definiscono metodi di monitoraggio del proprio sistema di *Triage*, elaborando ed implementando strategie di miglioramento.

## 1.1 Finalità

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

Gli obiettivi del *Triage* in PS si configurano, pertanto, nelle seguenti azioni:

- Identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento, applicando le procedure idonee a fronteggiare le situazioni di criticità in attesa dell'intervento medico, con la finalità di ridurre il tempo libero da trattamento per tutte le patologie tempo sensibili;
- Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es: patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili);
- Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- Gestire e modificare le priorità clinico- terapeutico- assistenziali sulla base di risorse, contesti e necessità contingenti;
- Garantire l'adeguata e continua presa in carico delle persone in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili.

## 1.2 Modello di riferimento

I sistemi di *Triage* implementati nelle realtà italiane si ispirano al modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata sulla raccolta di dati



soggettivi e oggettivi, sulla base degli elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili.

I presupposti di questo modello di Triage sono identificabili nelle seguenti attività:

- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al Pronto Soccorso;
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere specificamente formato;
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute;
- Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- Disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato.

Dal punto di vista metodologico, il processo di Triage si articola in quattro fasi:

- 1) *Fase della Valutazione immediata* (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
- 2) *Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva*:
  - a. valutazione soggettiva, viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata),
  - b. valutazione oggettiva, viene effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
- 3) *Fase della Decisione di Triage*: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
- 4) *Fase della Rivalutazione*: si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.



## 2. CODICI DI PRIORITÀ

L'assegnazione del codice di priorità è l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di Triage ed è basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione. Ciò determina la priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse. Non necessariamente il codice di priorità assegnato al Triage corrisponde alla gravità del paziente; soltanto l'integrazione con la successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, permetterà di disporre di quegli elementi per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica del caso.

Nella decisione di Triage, oltre ai sintomi ed al possibile rischio evolutivo, devono essere considerati anche ulteriori fattori che condizionano il livello di priorità e la qualità dell'assistenza da fornire per una corretta presa in carico, come il dolore, l'età, la disabilità, la fragilità, le particolarità organizzative e di contesto. Per questi motivi è necessario che la gestione della lista di attesa avvenga ad opera dell'infermiere di Triage.

La metodologia dell'attribuzione della codifica ha permesso in questi anni di rispondere alle esigenze di gestione di un aumento progressivo della richiesta di prestazioni ospedaliere.

Infatti, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti gli standard temporali previsti (tempo massimo di attesa) per l'inizio del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA), ponderati sulla base degli studi effettuati dalle società scientifiche ed in accordo con la letteratura internazionale. In nessun caso il codice di priorità può essere usato per altri scopi che non siano l'individuazione della priorità dell'accesso alle cure. Eventuali ulteriori codifiche di percorsi clinico assistenziali successivi al Triage, devono essere chiaramente diversificate dal codice di priorità, evitando ulteriori stratificazioni o differenti sistemi di codifica aggiuntiva.

Alla luce dell'esperienza maturata negli anni, considerata la necessità di definire percorsi più appropriati che possono trovare risposte anche nell'ambito della rete dei servizi di Cure primarie o in altri *setting* di cura (come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 sul documento di "Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale"), è emersa progressivamente la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica attualmente in uso, basato su quattro codici colore. Ciò è in linea anche con le attuali principali evidenze scientifiche internazionali.

Nel modello proposto si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità. Le Regioni possono associare al codice numerico anche il codice colore, secondo quanto riportato nella Tabella n. 1: *Nuova codifica di priorità e tempi di attesa*.



La **nuova codifica** consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore. L'implementazione della nuova codifica dovrà avvenire progressivamente, entro 18 mesi dalla pubblicazione del presente documento.

Per ognuno dei 5 codici, si indica anche il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento, che va dall'accesso immediato per l'emergenza all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza. Nella tabella che segue sono riportati i cinque livelli, la loro denominazione, la loro definizione e i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

**TABELLA N. 1 – Nuova codifica di priorità e tempi di attesa**

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI



## 2.1 Accoglienza e attribuzione del codice di priorità

Con la definizione di Accoglienza in Triage ci si riferisce alla presa in carico globale della persona e alla gestione delle informazioni con i relativi *care givers*, dal momento dell'arrivo in P.S. e durante l'attesa. Questa è una fase critica del rapporto tra il cittadino e il Servizio Sanitario, perché gravata da aspettative emotivamente importanti relative alla necessità di ottenere una soddisfazione rapida del proprio bisogno di salute.

Nelle diverse esperienze internazionali è ormai riconosciuta la complementarità degli interventi sanitari e psicosociali nei confronti della popolazione e con essa la necessità di un supporto agli operatori. E' evidente, quindi, la necessità di una stretta relazione metodologica tra gli aspetti sanitari e quelli psicosociali negli interventi di assistenza e supporto agli utenti.

Per una corretta presa in carico della persona e dei suoi accompagnatori, è necessario prevedere interventi di miglioramento finalizzati alla formazione specifica degli infermieri di Triage sugli aspetti relazionali, la gestione dei conflitti ed il rafforzamento della motivazione.

In previsione del passaggio ai 5 codici numerici/colore, si rende necessario realizzare programmi sistematici per la formazione del personale di triage sul nuovo sistema di codifica, da avviare prima dell'inizio dell'attuazione del nuovo sistema. È necessario, altresì, prevedere una campagna di informazione sul nuovo sistema di codifica al Triage rivolta agli utenti del SSN. Tale campagna informativa dovrà avvalersi di tutti i canali di comunicazione impiegati già come strumenti di divulgazione sanitaria.

Particolare rilevanza rivestono anche gli aspetti della comunicazione e delle capacità relazionali con la persona assistita e con il nucleo familiare soprattutto nella gestione di conflitti e di eventi critici.

A tale scopo, oltre la formazione specifica per l'infermiere di Triage, è opportuno formare più unità di personale e disporre di una funzione di Psicologia aziendale che, sulla base di procedure organizzative concordate, intervenga sia nelle situazioni ritenute più complesse che richiedono un contributo specialistico, sia per sostenere l'equipe assistenziale, attraverso incontri periodici e, eventualmente, la presa in carico di eventi critici.

Per accogliere i cittadini che giungono in PS, è possibile prevedere nella sala d'attesa anche la presenza di personale laico volontario, specificatamente formato, ed autorizzato, attraverso appositi progetti. Questa funzione può essere svolta, ad esempio, da personale appartenente ad Associazioni di volontariato accreditate. Tali figure hanno il compito di rispondere tempestivamente ai bisogni di informazione ed accudimento del paziente e degli accompagnatori, fornendo indicazioni e



raccogliendone le segnalazioni. Non è richiesta a queste figure alcuna conoscenza sanitaria di tipo assistenziale o clinico, poiché esse non sostituiscono, la funzione del personale sanitario.

Nella gestione complessiva del cittadino-utente-paziente, l'organizzazione degli spazi prevede un'area dedicata alla presa in carico della persona, in quanto entità sociale con una famiglia e un ambiente di riferimento. Con questo si intende considerare, nell'ambito delle attività assistenziali, non solo le valutazioni clinico assistenziali proprie della condizione che porta il paziente al Pronto Soccorso, ma anche la presa in carico della persona stessa nella sua interezza, considerando quindi la sua "umanità". Questa attenzione, che oggi chiamiamo "umanizzazione delle cure", in effetti è un aspetto del piano assistenziale.

Particolare attenzione deve essere posta anche all'implementazione di strategie informative con strumenti quali l'uso di idonea cartellonistica e di sistemi di monitoraggio che aggiornino in tempo reale la situazione del servizio di Pronto Soccorso.

## **2.2 Rivalutazione del codice di priorità**

L'inizio del Triage, ovvero la valutazione sulla porta, deve essere garantito di norma entro 5 minuti a tutti coloro che accedono al Pronto Soccorso.

La rivalutazione rappresenta una fase imprescindibile del processo di Triage e si definisce come l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa, mediante il rilievo periodico dei parametri soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute (v. Tabella n. 2: Modalità e tempi di rivalutazione).

Nella tabella che segue sono riportati, per ognuno dei 5 codici numerici/colore e dei relativi tempi di attesa, le modalità di rivalutazione che comprendono il monitoraggio costante delle condizioni con osservazione diretta o video mediata per i casi di urgenza, la ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione nel caso di urgenze differibili, urgenze minori o non urgenze.

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



**TABELLA N. 2 - Modalità e tempi di rivalutazione**

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



### 3. ITER DI PRONTO SOCCORSO

L'iter di Pronto Soccorso si configura come il percorso successivo all'accoglienza del paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito che può essere costituito da:

- Ammissione in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.);
- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti con l'attivazione della relativa procedura;
- Invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il *follow up* presso strutture ambulatoriali.

Per una corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che accedono al P.S. si raccomanda un tempo non superiore alle 8 ore dall'arrivo, anche nel caso di presentazioni cliniche complesse, in aderenza a quanto evidenziato nella letteratura internazionale.

A tale scopo si riporta la Tabella n. 3 "Processo di Pronto Soccorso", dove sono definiti le funzioni di Triage, Pronto Soccorso e OBI, le attività, l'esito nonché i tempi massimi di permanenza ed il tempo massimo per la conclusione delle attività.

#### 3.1 Ammissione in O.B.I.

L'ammissione dei pazienti in O.B.I., laddove appropriata, deve avvenire entro un tempo massimo di 8 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 44 ore dalla presa in carico al triage.

Il trattamento in O.B.I. può esitare in:

- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti con l'attivazione della relativa procedura;
- Invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il *follow up* presso strutture ambulatoriali.



TABELLA N. 3 - Processo di Pronto Soccorso

Processo di Pronto Soccorso				
FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI
<b>TRIAGE</b>	1. Assegnazione della priorità 2. Assegnazione ad uno specifico percorso 3. Rivalutazione nell'attesa	1. Invio diretto in sala d'emergenza 2. Assegnazione ad un ambulatorio 3. Avvio di un Fast Track 4. Prestazione diretta (See and Treat)		Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: <b>8 ore</b>
	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (follow up)	
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	
Invio in O.B.I.				
<b>O.B.I.</b>	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico ( <i>follow up</i> )	Minimo <b>6 ore</b> dall'ingresso in OBI  Massimo <b>44 ore</b> dalla presa in carico al triage
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	



### 3.2 Organizzazione dei flussi di trattamento

Al termine della valutazione l'infermiere, assegnato il codice di Triage, può attivare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione, ottimizzando i tempi di presa in carico e trattamento e contribuendo alla diminuzione dei tempi di attesa globale.

L'attivazione dei flussi di trattamento, basati su diversi livelli d'intensità di cura, richiede la redazione di appositi protocolli e la realizzazione delle attività formative utili alla loro implementazione. In particolare, in relazione al livello di complessità del Presidio ospedaliero, in coerenza con le indicazioni della programmazione regionale, è opportuno lo sviluppo di percorsi dedicati per *Fast Track*, *See and Treat*, patologie tempo-dipendenti (rete SCA, rete *Stroke* e rete Trauma grave) e condizioni particolari (fragilità, vulnerabilità).

### 3.3 Percorsi rapidi (*Fast Track*, *See and Treat*)

Sulla base di quanto affermato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, nel quale si indica di "realizzare all'interno di PS e DEA percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità", appare evidente come sia opportuno prevedere lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici rapidi che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, facilitando, contemporaneamente, l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri. Il *See and Treat* è 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 preventivamente individuati; è un approccio applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso. Tale modalità assistenziale non può essere adottata nell'approccio a sintomatologie che necessitano di approfondimenti specialistici (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie...).

Il *See and Treat* è introdotto in diverse realtà del panorama nazionale, offre risultati riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso per condizioni di urgenze minori.

In questo modello organizzativo, il paziente viene preso in carico in una determinata area del Pronto Soccorso idonea allo svolgimento delle funzioni previste dai citati protocolli medico-infermieristici approvati dalla Direzione Sanitaria, ove l'infermiere in possesso di formazione specifica applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso.



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

Il *Fast Track* è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati localmente che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente.

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

### 3.4 Organizzazione del percorso pediatrico

Nella organizzazione del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza è fondamentale che si consideri il bambino insieme alla sua famiglia

La Società Italiana di Pediatria ha redatto nel 2008 la Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale che richiama i contenuti della Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989 e si ispira alla Carta di EACH (*European Association for Children in Hospital*) del 1988. Tale documento riconosce che i minori hanno il diritto di avere accanto a sé, in ogni momento, i genitori o chi esercita la patria potestà; hanno il diritto di essere ricoverati in reparti idonei, di essere assistiti da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche proprie e della propria famiglia.

Le modalità di organizzazione del percorso pediatrico in Pronto Soccorso delineate di seguito sono rispettose dei principi sanciti dalla Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale.

La specificità del Triage pediatrico è data dalla valorizzazione di alcuni parametri/segni/sintomi peculiari delle fasi dell'accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente) e diversi da quelli dell'adulto. Pertanto, il Triage pediatrico deve essere effettuato da un infermiere pediatrico, ove presente in organico, o da un infermiere specificamente formato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia.

All'ingresso nel PS, l'infermiere procede alla valutazione soggettiva ed oggettiva per assegnare il codice di priorità alla visita medica, avvalendosi di specifiche griglie di valutazione di riferimento e di protocolli condivisi e validati. Particolare attenzione deve essere dedicata alla rilevazione e al trattamento del dolore pediatrico; a tale scopo, devono essere disponibili ed utilizzate, correttamente



e costantemente, dall'infermiere addetto al Triage le scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fascia di età.

A causa della variabilità del manifestarsi della condizione clinica nei pazienti pediatrici, la fase di rivalutazione assume rilevanza fondamentale. Il bambino, infatti, non è sempre in grado di manifestare il mutamento della propria condizione: tanto più è piccolo, tanto maggiore sarà la difficoltà nella segnalazione dei cambiamenti, per cui è necessario prevedere la ripetizione della rilevazione di uno o più parametri vitali, nonché dell'esame fisico, per confermare o modificare il codice di priorità assegnato all'ingresso.

### 3.5 Il Pronto Soccorso ostetrico

La gravidanza, il parto e il puerperio sono eventi che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato (POMI, 2000); per loro natura, sono condizioni cliniche a 'rischio evolutivo' che espongono la donna e/o il feto ad un rapido deterioramento delle funzioni vitali.

Tale peculiarità condiziona l'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza sanitaria sia ospedaliero che territoriale, tanto che, nell'ambito della rete tempo dipendente per la Neonatologia ed i Punti Nascita, il triage materno-fetale e neonatale richiede una specifica organizzazione nonché specifiche competenze.

Il quadro normativo di riferimento, oltre la normativa già citata nel documento (TRIAGE), è rappresentato da:

- Raccomandazione Ministero della Salute n. 6 marzo 2008:  
*"Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto";*
- 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";*
- Linee di indirizzo sull'organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN);
- Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO).

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza della donna in gravidanza che giunge in PS ostetrico, è una funzione effettuata da una ostetrica con specifica formazione volta alla corretta valutazione delle condizioni cliniche della gravida che accede al Pronto Soccorso per situazioni legate alla gravidanza stessa, al parto se imminente, o per eventuali patologie intercorrenti e rappresenta la base per una



valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.

Alla classificazione del codice numerico/colore di priorità per l'accesso alla visita medica devono fare seguito specifici **percorsi assistenziali** differenziati sia per profilo di rischio ostetrico che per eventuali patologie intercorrenti alla gravidanza, orientati al pertinente utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative.

In particolare la valutazione del profilo di rischio della donna deve essere effettuata sulla base di criteri definiti (fattori clinici, biologici, sociali, psicologici) e condivisi dall'équipe assistenziale (ostetrica, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla gestante) e accuratamente riportati nella documentazione clinica.

Il triage ostetrico deve essere caratterizzato da un processo di rivalutazione continuo e dinamico, sempre associato a un'adeguata e continuativa sorveglianza ostetrica sia della donna in gravidanza che accede al Pronto Soccorso che delle condizioni del feto.

Anche l'iter del Pronto Soccorso Ostetrico si configura come il percorso successivo all'accoglienza della paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito che può essere costituito da:

- ammissione in Osservazione Breve Intensiva Ostetrico-Ginecologica (O.B.I.O.G.);
- ricovero presso l'unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- trasferimento presso altra struttura sede di Centro Hub, garantito con l'attivazione del trasporto STAM (servizio di trasporto assistito materno) o con l'attivazione dello STEN (servizio di trasporto in emergenza neonatale) secondo modalità definite dall'organizzazione regionale.

Il percorso assistenziale Ostetrico è costituito da un piano organizzativo-assistenziale che possa coinvolgere anche il territorio, nell'ottica di favorire la continuità e l'integrazione dell'assistenza al percorso nascita e di disporre di una raccolta anamnestica completa atta a garantire ricoveri appropriati per livello di punto nascita.

Il percorso ostetrico si avvale di specifiche griglie di valutazione, di protocolli condivisi e validati e di strumenti specifici.

#### 4. STANDARD ORGANIZZATIVI

Il Sistema di *Triage* si deve adeguare al Modello Globale fondato su un approccio olistico alla persona in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all'effettiva disponibilità di risorse della struttura. L'organizzazione specifica deve consentire di:



- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona dal momento in cui si rivolge alla struttura.
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere adeguatamente formato
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità al trattamento attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo.
- Identificare rapidamente le persone che richiedono cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento.
- Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute.
- Utilizzare il sistema codificato di livelli di priorità.
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita all' interno del PS anche attraverso l'attivazione e l'inserimento del paziente in particolari percorsi di valutazione (*Fast Track, See and Treat, PDTA*).
- Controllare e regolamentare tutti gli accessi dei pazienti alle aree di visita del PS.
- Disporre di un sistema documentale adeguato.
- Disporre di un sistema adeguato di identificazione del paziente, in linea con le evoluzioni tecnologiche (es. braccialetto, bar code).
- Gestire la lista e l'attesa dei pazienti.
- Fornire assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili agli assistiti.
- Gestire e fornire informazioni agli accompagnatori dei pazienti, in collaborazione con gli altri operatori del PS.

L'organizzazione del Triage deve salvaguardare le esigenze di tutte le persone che accedono alle cure in emergenza urgenza.

La funzione di Triage deve essere attiva presso tutte le strutture sede di PS e garantita continuativamente nelle 24 ore.

Dopo l'accesso, è garantita l'accoglienza e la valutazione da parte dell'infermiere di Triage, l'assegnazione dell'idoneo codice di priorità e l'attivazione del percorso più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione.

Ogni organizzazione realizza protocolli relativi alla valutazione e al trattamento dei quadri sintomatologici più frequenti e/o di maggiore complessità, condivisi con il responsabile di Struttura e di Dipartimento, e organizza attività formative utili alla loro implementazione nonché alla verifica periodica della loro attuazione.

Le attività accessorie al Triage (registrazione dei dati anagrafici, supporto logistico, assistenza di base) si svolgono sotto la responsabilità dell'infermiere che può avvalersi di personale amministrativo o personale sanitario di supporto per la loro esecuzione.



## 4.1 Requisiti strutturali

Nella definizione e progettazione dell'architettura e degli spazi, si deve tener conto della tipologia dell'ospedale e del processo metodologico di Triage.

La funzione di Triage intraospedaliero deve essere espletata in posizione strategica rispetto agli ingressi del PS (pedonale, auto, ambulanze) e l'area Triage deve essere immediatamente identificabile per tutti coloro che accedono al Pronto soccorso.

Gli elementi fondamentali necessari a garantire il rispetto della *privacy* e l'adeguata funzione di Triage attraverso le 4 fasi (valutazione sulla porta, raccolta dati, decisione di Triage, rivalutazione), sono rappresentati da:

- ambienti dedicati all'area accoglienza, segnalati e ben individuati con accesso facilitato per le persone in condizioni di fragilità, non deambulanti, deambulanti, minori;
- ambienti dedicati all'area Triage dotati di:
  - postazioni telematiche per la raccolta delle informazioni di accesso;
  - locali per la raccolta di informazioni cliniche e la valutazione dei parametri vitali;
  - sale di attesa per pazienti non deambulanti (minimo 50 mq con spazio di manovrabilità per barelle e carrozzine), pazienti deambulanti (orientativamente 80-100 mq per 1 PS *Spoke*), pazienti pediatrici, persone in condizioni di fragilità, attigui all'area Triage in modo da consentire la sorveglianza continua da parte dell'Infermiere e la rivalutazione (osservazione diretta e/o telematica);
  - sale di attesa per pazienti ambulantanti, autosufficienti, già sottoposti a Triage e per i loro accompagnatori (orientativamente 80-100 mq per Pronto Soccorso *Spoke* con 25.000 accessi/annui).
- altri ambienti:
  - sale riservate ai pazienti pediatrici;
  - sale riservate ai pazienti affetti da malattia potenzialmente contagiosa;
  - sale riservate a persone in condizioni di fragilità e vittime di abuso;
  - locali per gli assistenti sociali, per la comunicazione dei lutti o delle gravi malattie, per le necessità sociali degli accompagnatori;
  - servizi igienici, anche per disabili, punti acqua e ristoro facilmente accessibili dalla sala di attesa.

## 4.2 Risorse Tecnologiche

L'area Triage e post Triage dispone di risorse adeguate, materiali e tecnologie, per consentire la realizzazione di un sistema strutturato secondo le direttive contenute nel presente documento e per



il mantenimento di appropriati standard qualitativi.

- In particolare, la dotazione comprende anche:
  - Impianto gas medicali (area compressa, Ossigeno, Vuoto);
  - Defibrillatore Automatico Esterno;
  - Elettrocardiografo;
  - Materiali di consumo;
  - Presidi per la gestione dei codici di urgenza differibile e urgenze minori;
  - Farmaci.

### 4.3 Risorse Umane

La funzione del Triage è propria dell'infermiere appartenente all'organico del PS/DEA.

L'organico di Pronto Soccorso prevede una dotazione di personale infermieristico compatibile con il numero di accessi alla struttura, con la complessità delle patologie da trattare, tenendo conto anche della variabilità dei flussi giornalieri e stagionali.

Nei Pronto Soccorso con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno, il Triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva.

Nei Pronto Soccorso con un numero di accessi/anno inferiore a 25.000, la funzione di Triage è assicurata da una unità infermieristica, dedicata o non, sempre nel rispetto dei criteri previsti dal presente documento.

Per le grandi strutture ospedaliere, è necessario prevedere una unità infermieristica specificatamente addetta alla rivalutazione e sorveglianza della sala d'attesa post Triage, per svolgere in maniera appropriata le attività di monitoraggio sulla potenzialità evolutiva e rassicurazione dei pazienti non ancora visitati.

Pertanto, si prevede come *dotazione minima* nelle 24 ore per:

- P.O. sede di PS semplice: n. 1 unità infermieristica;
- P.O. sede di DEA di I livello: n. 2 unità infermieristiche e n. 1 unità di personale di supporto;
- P.O. sede di DEA di II livello: n. 2 unità infermieristiche, n. 1 unità infermieristica dedicata alla rivalutazione, n. 1 unità di personale di supporto.

La dotazione complessiva del personale per l'attività di Triage prevede oltre al personale infermieristico, la presenza di personale amministrativo e di supporto adeguato al livello di complessità della struttura.

E' raccomandata la presenza di una figura addetta a garantire la sicurezza dei visitatori e degli operatori.



## 5. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

### 5.1 Protocolli e procedure

Ogni PS dispone di protocolli di Triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermieri esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico del servizio ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte.

Il sistema di protocolli è articolato per problemi clinici principali e deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in PS; è aggiornato alle migliori evidenze scientifiche del momento e si adatta alle specificità della situazione alla quale si riferisce.

Ogni struttura garantisce un periodico aggiornamento, almeno triennale dei protocolli di Triage e si avvale di strumenti informatizzati per la registrazione dei dati raccolti.

Per garantire la sicurezza delle cure, nella elaborazione di protocolli e procedure, è necessario considerare con particolare attenzione i seguenti aspetti:

- la comunicazione/informazione tra il personale del 118 e quello del Triage del PS;
- la comunicazione/informazione tra il personale del Triage e della sala visita;
- l'osservazione e l'ascolto attento del paziente;
- l'eventuale nuovo accesso al PS per il medesimo problema clinico a distanza di 24 - 48 ore dal primo;
- la valutazione appropriata del paziente nella fase di attribuzione del codice di priorità;
- la compilazione corretta della scheda di Triage;
- la rivalutazione periodica dei pazienti per la conferma o modifica del codice di priorità;
- le informazioni/ raccomandazioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari/accompagnatori;
- la continuità nella presa in carico del paziente durante il cambio del turno;
- il mantenimento di standard di personale per turno con attenzione ai picchi di maggior affluenza;
- l'allontanamento volontario del paziente prima dell'accesso alla visita medica.

### 5.2 Documentazione Clinica

La documentazione clinica di *Triage* e la tracciabilità del processo sono elementi fondamentali per la gestione del Rischio Clinico.

La scheda di Triage è elemento imprescindibile del sistema e deve documentare il processo decisionale che ha portato alla attribuzione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati



e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del PS. E' realizzata su supporto informatico ed è parte integrante della Cartella Clinica di Pronto Soccorso.

### 5.3 Monitoraggio Eventi Sentinella

Nelle procedure di gestione del Rischio Clinico devono essere previsti: l'AUDIT Clinico almeno mensile su casi specifici; il monitoraggio e la gestione degli Eventi Sentinella; il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito. Il monitoraggio consente di costruire od implementare il Percorso Clinico Assistenziale per ridurre la possibilità di eventi avversi con esito fatale e ritardi diagnostici e terapeutici con implicazione sulla durata e severità della prognosi.

Particolare attenzione sarà rivolta alla segnalazione e gestione, con AUDIT Clinico, degli eventi sentinella relativi a:

- Arresto cardiaco improvviso in area Triage;
- 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 Ministero della Salute);
- Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute);
- Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute).

## 6. PRESA IN CARICO

### 6.1 Umanizzazione

L'attesa in Pronto Soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio Sanitario. Numerosi sono i fattori che fanno diminuire il livello di qualità di servizio percepito dall'utente: la durata dell'attesa, l'ansia legata alla preoccupazione per la propria salute, le aspettative di risposta rapida.

Il tempo d'attesa in Pronto Soccorso può rappresentare un'opportunità per trasmettere al cittadino informazioni utili e coerenti sull'esperienza che sta vivendo come paziente o accompagnatore. Proprio per questo, si ritiene necessario promuovere una serie di iniziative di "attesa attiva" finalizzate al miglioramento degli aspetti di comfort in sala attesa; tra questi, la presenza di strumenti quali cartellonistica, opuscoli cartacei, videoproiezioni, monitor TV, filodiffusione musicale, erogatori



di bevande e cibo; la presenza di display che permettono di conoscere in tempo reale il numero di postazioni di emergenza impegnate, il numero di pazienti nelle sale visita o in attesa di ricovero, in modo da tenere aggiornati i pazienti oltre che sul proprio iter anche sul carico di lavoro complessivo del Pronto Soccorso.

La verifica oggettiva da parte del paziente e del familiare del percorso d'assistenza, a partire dall'ora d'accettazione fino all'esecuzione delle diverse prestazioni dà la possibilità di limitare le problematiche connesse alle attese ed è funzionale all'erogazione di una migliore prestazione, diminuendo la possibilità di essere chiamati a gestire situazioni di *front-desk* a forte tensione. Alla cittadinanza sarà garantita maggiore trasparenza attraverso un ottimale livello d'informazioni, costantemente aggiornate.

La presenza di un Referente per la gestione dei conflitti con utenti in attesa può contribuire a migliorare la fase della comunicazione delle informazioni relative alla gestione dell'evento; ad esso si può fare riferimento per questioni relazionali che non riescono a trovare ristoro nella relazione con gli Infermieri di *Triage*. Analogamente, la figura dell'Assistente di sala attesa, da reperire nell'ambito delle Associazioni di volontariato accreditate a livello nazionale o regionale, può svolgere il ruolo di mediatore delle relazioni tra il personale sanitario ed i cittadini.

Nelle strutture ospedaliere a più elevato livello di complessità (nodi *hub* delle reti), può essere prevista la figura dello Psicologo all'interno del Pronto soccorso, il cui intervento è rivolto non solo ai pazienti ed agli accompagnatori, ma anche agli operatori sanitari.

La comunicazione adottata dagli operatori di *Triage* deve essere efficace ed empatica sia con il paziente, sia con i familiari/accompagnatori. Per consentire una adeguata comunicazione con gli utenti di altra lingua, è utile anche inserire la figura del Mediatore Culturale in PS o utilizzare supporti tecnologici di traduzione a distanza o schede di accoglienza multilingue.

## 6.2 Condizioni particolari

Esistono specifiche situazioni in cui il *Triage* rappresenta un momento fondamentale di accoglienza e riconoscimento di quelle persone che devono trovare adeguate e specifiche risposte alla loro "fragilità" attraverso l'attivazione tempestiva di percorsi dedicati.

In virtù della maggiore sensibilità prestata a questo tema negli ultimi anni, particolare attenzione viene dedicata ai maltrattamenti e agli abusi sui minori, le donne e gli anziani. Anche i disturbi della sfera psichica richiedono una gestione particolare e dedicata a causa delle conseguenze che si possono verificare all'interno dell'organizzazione complessiva del sistema.

In questo contesto, il ruolo dell'infermiere di *Triage* è quello di concorrere all'identificazione di tali condizioni rilevando gli indicatori anamnestici e clinici di sospetto abuso e di attivare, fin dai primi istanti, un percorso personalizzato e di sostegno, agevolando i contatti e le procedure in ambito



sanitario, assistenziale, investigativo e giudiziario.

La formazione è una funzione fondamentale e strategica per questi aspetti e deve essere effettuata in modo sistematico e mirato, integrando tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico di tali persone, nel rispetto degli specifici ambiti di competenza.

In linea generale, le condizioni di fragilità non modificano il codice di gravità e la relativa priorità, ma prevedono l'avvio di particolari e definite procedure assistenziali e di conforto, evitando laddove possibile tempi lunghi di attesa.

### 6.2.1 Maltrattamenti su minori

---

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce come maltrattamento infantile o *child abuse* "tutte le forme di abuso fisico e/o psichico, emozionale e/o sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o l'assenza di azioni e cure, con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo e alla dignità del minore nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere".

I dati nazionali che quantificano l'incidenza dell'abuso infantile fra 3 a 6 casi su 1000 soggetti sono probabilmente sottostimati.

La tipologia predominante varia in relazione all'età e al sesso del minore: i maschi sono più frequentemente vittime di maltrattamento, e le femmine di abuso, infanticidio e trascuratezza. I bambini più piccoli sono a maggior rischio di maltrattamento fisico, mentre i minori in età puberale ed adolescenziale risultano essere maggiormente vittime di abusi sessuali.

Il maltrattamento, in particolare l'abuso sessuale, è una delle forme più difficili da identificare in ambito di *Triage*, sia per una scarsa propensione del familiare a dichiarare e denunciare la violenza quando perpetrata in famiglia, sia per la difficoltà da parte della vittima a riconoscersi come abusato. Il ruolo dell'operatore di *Triage*, in caso di accesso al Pronto Soccorso di un minore sospetto vittima di abuso o maltrattamento, è quello di concorrere all'identificazione di tale condizione attraverso la rilevazione degli indicatori anamnestici e clinici di sospetto fin dalle fasi valutative del *Triage*. E' un insieme di sintomi e segni, per lo più aspecifici e sfumati, che possono fare sospettare un abuso anche in assenza di un'anamnesi certa.

Un bambino con sospetto abuso deve essere inquadrato in tempi brevi mediante un approccio multidisciplinare, per ridurre i tempi di attesa e ottimizzare la condotta terapeutica. Per questo motivo è opportuno che ogni Pronto Soccorso, anche se non pediatrico, applichi dei protocolli validati e condivisi per la gestione del bambino abusato.

### 6.2.2 Maltrattamenti sulle donne

---

L'Organizzazione delle Nazioni Unite individua nella violenza sulle donne uno squilibrio relazionale



tra i sessi e il desiderio di controllo e di possesso da parte del genere maschile sul genere femminile. I dati più recenti, emersi dall'analisi di 141 ricerche effettuate in 81 Paesi, evidenziano che il 35% delle donne subisce nel corso della vita qualche forma di violenza.

Nel 30% dei casi la violenza è perpetrata dai *partners*, responsabili del 38% di tutte le donne uccise. La violenza di genere si coniuga in: violenza fisica (maltrattamenti), sessuale (molestie, stupri, sfruttamento), economica (negazione dell'accesso alle risorse economiche della famiglia, anche se prodotte dalla donna), psicologica (violazione del sé).

Una delle sedi in cui più frequentemente è possibile intercettare le suddette vittime è il Pronto Soccorso (PS), luogo dove è possibile avviare interventi che forniscano risposte integrate, anche tramite il raccordo con i servizi territoriali sanitari e sociali.

Il Triage, *pertanto*, rappresenta per la donna vittima di abuso un momento delicato ed importante dal punto di vista psicologico e fisico. Fondamentale è quindi il momento dell'accoglienza che deve tener conto di una persona che presenta un quadro complesso, per atteggiamenti, emozioni e comportamenti, di estrema fragilità/vulnerabilità, con un vissuto di disvalore.

L'infermiere di *Triage* che ha ricevuto una formazione appropriata favorisce l'inserimento in un percorso dedicato di valutazione e trattamento appropriato con la presa in carico della vittima coerentemente con i disposti del D.P.C.M. 24 novembre 2017.

### 6.2.3 Maltrattamenti sugli anziani

---

Il problema dei maltrattamenti agli anziani, fenomeno più diffuso di quanto lascino intendere i pochi dati disponibili, è stato oggetto di un rapporto presentato dall'Ufficio Europeo dell'OMS, che definisce il maltrattamento degli anziani come "un atto singolo o ripetuto o la mancanza di azioni appropriate che, all'interno di una relazione in cui vi sia un'aspettativa di fiducia, provochino danno o sofferenza a una persona anziana". Le stime riportate nel rapporto sono preoccupanti: circa il 30% degli 8500 omicidi/anno di persone ultrasessantenni sarebbero da porre in relazione a maltrattamenti. Ogni anno almeno 4 milioni (2,7%) di anziani subiscono maltrattamenti fisici, 29 milioni (19,4%) maltrattamenti psicologici, 1 milione (0,7%) abusi di natura sessuale.

I maltrattamenti sono perpetrati principalmente da familiari o talvolta da operatori sanitari e possono assumere varie forme: maltrattamenti fisici (inclusi coercizione fisica e abusi nella somministrazione di farmaci), psicologici e affettivi, abusi sessuali, incuria e abbandono.

Il fenomeno rappresenta sempre più una problematica di salute pubblica e di solidarietà sociale a una fascia debole della popolazione. L'operatore di Triage deve tenere presente che l'anziano prova disagio o è timoroso nel denunciare una situazione di abuso oltre che senta possibili le ritorsioni; inoltre, i deficit sensoriali, la senilità e le altre alterazioni dello stato mentale rendono difficile la denuncia.



#### 6.2.4 Disturbo acuto del comportamento nell'adulto

---

Per molte persone con alterazioni psichiche, il PS rappresenta il luogo in cui si avvia il primo punto di contatto con una fonte di aiuto.

Di fronte al paziente fortemente agitato, bisogna considerare due elementi fondamentali: la tipologia di esordio, acuta o a lenta evoluzione nel tempo e il rapporto tra il paziente e l'ambiente circostante.

Per l'attribuzione del codice di priorità, è fondamentale considerare quanto la situazione possa essere pericolosa per il paziente stesso e per le persone circostanti. Pertanto, è necessario effettuare una sorveglianza attenta del paziente, garantendo "la sicurezza" degli operatori e del paziente stesso.

#### 6.2.5 Disturbo acuto del comportamento nel minore

---

Anche in Italia, come in altri paesi, si è registrato negli ultimi anni un significativo incremento degli accessi al Pronto Soccorso di minori con problemi psichiatrici. Nel 70% dei casi si tratta di adolescenti che giungono al Pronto Soccorso in emergenza per aggressività, psicosi acuta, mania acuta, ideazione e tentativo di suicidio, ansia acuta generalizzata, attacchi di panico, abuso di alcol o uso di droghe. L'accesso al PS è spesso diretto, tramite il 118 o invio da parte degli specialisti territoriali.

Nel Pronto Soccorso la gravità deve essere valutata sulla base della sintomatologia e del potenziale rischio evolutivo della patologia. Tali situazioni richiedono particolare attenzione a causa dell'ambiguità di alcuni segni e sintomi in età pediatrica e dalla scarsità oppure, al contrario, da un eccesso di informazioni relative all'ambiente familiare e sociale di appartenenza. In alcuni casi, può essere utile intervistare i ragazzi più grandi e gli adolescenti da soli per acquisire informazioni su eventuali abusi subiti, sul consumo di droghe o alcool e su altre condizioni di rischio.

L'infermiere di Triage ha il compito di definire il livello di priorità alla visita medica attraverso una prima valutazione del rischio, con il supporto di apposite scale, ricercando i comportamenti che indicano che il minore deve essere trattato il più presto possibile.

## 7. FORMAZIONE

La formazione continua e l'addestramento del personale sanitario rappresentano lo strumento indispensabile per garantire la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico.

La formazione deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende sanitarie, deve curare gli aspetti clinico-metodologici e relazionali e prevedere l'addestramento continuo del personale addetto al Triage. (Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.2).

Per la sicurezza dei pazienti e l'implementazione del lavoro in Team, è fortemente raccomandata la partecipazione alle iniziative formative anche di tutto il personale medico di PS e di quello afferente



al DEA.

Per svolgere la funzione di Triage infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una Formazione di accesso ed una Formazione permanente.

## 7.1 Formazione di accesso al Triage

Per accedere alla Formazione di Triage sono necessari i seguenti requisiti:

- titolo di studio e abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico; esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova) di almeno sei mesi;
- titolo certificato alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.

La formazione di accesso si concretizza con la partecipazione ad uno specifico *corso teorico* di preparazione al Triage e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto.

### 7.1.1 Corso Teorico

**METODOLOGIA DIDATTICA:** Si sviluppa attraverso un corso residenziale della durata minima di 16 ore realizzato con metodologie frontali ed interattive.

**AMBITI FORMATIVI:** Il corso deve prevedere attività formative che si sviluppano nei seguenti ambiti:

1. Acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato su segni/sintomi e rischio evolutivo.
2. Acquisire capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche ed ansiogene relative alle dinamiche psicologiche che si sviluppano sia nel contesto Triage tra operatori che con l'utente e verso i famigliari e/o accompagnatori.
3. Approfondire gli aspetti relativi all'autonomia ed alla responsabilità professionale con particolare attenzione alle problematiche legali derivate dalla attività di Triage;
4. Acquisire la metodologia per la progettazione l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in Triage, conformemente alle Linee Guida e linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali.
5. Acquisire competenze nell'individuazione e gestione dei principali problemi del Triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della sua famiglia.
6. Acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di Triage.

Al termine del corso deve essere prevista una valutazione finale che certificherà il suo superamento.



### 7.1.2 Periodo di affiancamento

---

Dopo l'abilitazione al Triage, l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento di durata non inferiore a 36 ore con un tutor esperto. Il ruolo di tutor è svolto da un infermiere esperto in Triage con esperienza pluriennale (almeno 2 anni).

Durante il periodo di affiancamento dovrà essere previsto un percorso articolato nelle seguenti fasi:

1. Osservazione
2. Collaborazione
3. Autonomia
4. Valutazione finale

L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di *Triage* sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento dal tutor.

Trascorso un periodo di lavoro sul campo di tre – sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva all'attività di *Triage*.

## 7.2 Formazione permanente in Triage

Allo scopo di mantenere adeguate performance dei professionisti e del sistema organizzativo, si ritiene necessario individuare modalità di monitoraggio delle performance del sistema Triage su due livelli:

- *Livello aziendale*: attraverso incontri periodici, fra operatori, per la realizzazione di audit professionali con discussione di casi, eventi critici/sentinella ed analisi di dati statistici;
- *Livello regionale*: attraverso la definizione di criteri per la valutazione del sistema Triage utilizzando una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi.

Pertanto, si rende necessaria la redazione di un *piano delle attività formative* con definizione di obiettivi triennali che preveda:

- Corsi interni monotematici emersi dalla rilevazione dei bisogni formativi esplicitati dagli operatori o da criticità rilevate nel corso delle riunioni periodiche di equipe o audit.
- Attività di verifica periodica dell'attività di Triage (utilizzo di indicatori e Standard) e di analisi del rischio clinico in Triage.
- Attività di studio e ricerca.
- Partecipazione a congressi, convegni, workshop sul tema specifico del Triage di PS.
- Condivisione e scambio di esperienze con altre realtà nazionali e/o internazionali.

Ogni Dipartimento di Emergenza che comprenda nella propria organizzazione il Pronto Soccorso, deve prevedere nel programma di formazione triennale, una componente propedeutica alla funzione



di Triage, che consenta agli infermieri, compresi quelli con funzioni di coordinamento abilitati a svolgere attività di Triage, di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti clinici, assistenziali, organizzativi relazionali.

Inoltre, è necessario che la formazione del personale di Triage venga completata entro due anni con la frequenza di un corso certificato di Supporto Vitale di Base per adulti e pediatrico, un corso sulla Gestione Avanzata delle emergenze mediche, cardiologiche, traumatologiche e pediatriche.

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



## 8. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), basato sull'integrazione dei diversi sistemi informativi, rappresenta oggi la più importante banca dati sanitaria a livello nazionale a supporto della programmazione sanitaria nazionale e regionale per misurare qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN.

Esso costituisce, infatti, lo strumento di governance per:

1. monitorare l'attività dei Servizi Sanitari Regionali attraverso l'analisi del volume di prestazioni e di trattamento erogati,
2. supportare le attività gestionali dei SSR per valutare il grado di efficienza e di impegno delle risorse,
3. supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale,
4. supportare la ricerca e il miglioramento continuo di qualità,
5. confrontare ed effettuare benchmarking tra strutture.

Il conferimento dei dati costituisce inoltre adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso alla quota premiale del SSN.

Il patrimonio informativo NSIS viene altresì utilizzato per monitorare l'assistenza relativa all'emergenza urgenza sanitaria che si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario.

### 8.1 Il sistema EMUR

Il Decreto del 17 dicembre 2008 di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (EMUR) e successive modifiche, prevede l'istituzione del Sistema informativo EMUR per la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, con riferimento sia alle attività del Sistema territoriale 118 che alle attività del Pronto Soccorso. Il flusso EMUR nasce dall'esigenza di rendere disponibili strumenti e metodologie condivisi per consentire l'interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS ed i sistemi informativi sanitari regionali.

Relativamente all'attività di Pronto Soccorso, il sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in PS: identificazione della struttura erogatrice e dell'assistito; dati relativi all'accesso ed alla dimissione; dati relativi alle diagnosi ed alle prestazioni erogate; dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso.



### 8.1.2. DATI DA RILEVARE NEL SISTEMA EMUR – TEMPI

---

Nell'ambito del Pronto Soccorso è necessario rilevare, in particolare, i tempi relativi al percorso del paziente in rapporto ai codici di priorità assegnati. Pertanto, sono da rilevare i tempi relativi alla presa in carico del paziente, all'inizio del percorso diagnostico terapeutico e della prestazione medica, all'esito della prestazione erogata e all'eventuale inizio e termine dell'attività di OBI, nonché i tempi massimi di permanenza in Pronto Soccorso.

Tali tempi e la relativa codifica, in parte già rilevati attraverso il sistema EMUR, sono riportati nella Tabella che segue.

<b>TABELLA 4 – TRIAGE: tempi da rilevare (data e ora)</b>	
<b>T<sub>0</sub></b>	PRESA IN CARICO AL TRIAGE
<b>T<sub>1</sub></b>	INIZIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE
<b>T<sub>2</sub></b>	INIZIO DELLA PRESTAZIONE MEDICA
<b>T<sub>3</sub></b>	ESITO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO
<b>T<sub>4</sub></b>	INIZIO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA
<b>T<sub>5</sub></b>	TERMINE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Al fine del monitoraggio dei tempi di permanenza del paziente all'interno del PS, è necessario considerare i seguenti intervalli temporali nonché i tempi massimi di riferimento:

**T<sub>0</sub> – T<sub>1</sub>**: presa in carico al Triage  
inizio del percorso diagnostico assistenziale per codice di priorità 1-5;

**T<sub>0</sub> – T<sub>3</sub>**: tempo massimo 8 Ore;

**T<sub>0</sub> – T<sub>5</sub>**: tempo massimo 44 Ore.

### 8.1.3. Dati da rilevare nel sistema EMUR – Codice di uscita da P.S.

---

L'attività di Triage è caratterizzata dall'assegnazione di Codici di priorità per l'accesso alla visita medica distinti in funzione della situazione di stabilità clinica dei segni e sintomi riferiti dai pazienti.



Al termine della prestazione (visita ed eventuali accertamenti o consulenze specialistiche) il medico di Pronto Soccorso ha l'obbligo di identificare il livello di gravità del paziente assegnando un *codice d'uscita* rappresentato dai codici colore analoghi a quelli assegnati con altra finalità al Triage. Questa duplice attribuzione di codici colore, in ingresso ed in uscita, crea confusione sia al personale operante nel Pronto Soccorso (medici ed infermieri) che agli utenti stessi. Le due valutazioni non hanno niente in comune: non si deve confondere la priorità dell'accesso alla visita rispetto alla gravità clinica complessiva.

Si ritiene quindi opportuno esprimere il codice di uscita come descrittivo della acuzie clinica del paziente, suddividendola nelle seguenti codifiche:

C = Paziente Critico (almeno un parametro vitale compromesso)

A = Paziente Acuto (stabile con possibile compromissione in breve tempo dei parametri vitali)

D = Paziente Urgente Differibile (stabile che necessita di trattamento non immediato)

M = Paziente con Urgenza minore

N = Paziente Non Urgente (paziente la cui terapia può essere programmata nel tempo).

Il codice di uscita, diverso da quello del Triage, può essere considerato un indicatore di appropriatezza del ricorso alla prestazione di PS. Queste informazioni sono sostitutive del set di dati già rilevati attraverso il sistema EMUR, con l'informazione relativa al *livello di appropriatezza dell'accesso*.

## 9. SISTEMA DI VERIFICA E QUALITÀ

Considerata l'importanza del Triage intra-ospedaliero in quanto momento fondamentale del percorso del paziente in Pronto Soccorso, l'accuratezza nello svolgimento di questo "processo decisionale" da parte dell'infermiere di Triage, rappresenta un importante "*gold standard*" da raggiungere. Tale accuratezza va misurata e verificata con metodi oggettivi, al fine di garantire elevati livelli di qualità assistenziale. A tale scopo si utilizzano gli indicatori, secondo una logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) che consente di mantenere e migliorare la *clinical competence* e gli standard di servizio necessari a garantire un efficace processo di Triage.

Il set di indicatori di processo, insieme agli standard di riferimento, di seguito riportati, costituisce una prima individuazione di parametri di riferimento nazionali, che consentirà non solo il monitoraggio dell'attività ma anche il confronto tra diverse realtà, con l'obiettivo di raggiungere standard di servizio uniformi su tutto il territorio, che allo stato iniziale non vengono considerati cogenti, se non dopo essere validati da un anno di monitoraggio, prima di essere adottati dal nuovo Sistema di Garanzia.

Nella Tabella n. 5 (*set di indicatori e standard di riferimento*) vengono riportati, per ogni indicatore, lo standard di riferimento e il rationale di utilizzo.



Tabella n. 5 - TRIAGE: set di indicatori e standard di riferimento

INDICATORE	TIPOLOGIA DI INDICATORE	STANDARD DI RIFERIMENTO	RAZIONALE, CRITERI E LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO
% di pazienti per i quali è stato attivato un percorso di fast track / totale pazienti eleggibili.	appropriatezza	80% dei pazienti inviati a fast track Accettabile il 50%	<p>Individuazione di differenti modalità organizzative per la gestione degli accessi degli utenti con urgenza minore, finalizzati alla riduzione del sovraffollamento del PS. Realizzazione di percorsi diretti e dedicati a discipline specialistiche, mediante utilizzo di protocolli.</p> <p>Utilizzo da parte del personale infermieristico di protocolli, validati e condivisi con le discipline specialistiche di pertinenza, per l'invio diretto al medico specialista, di pazienti con specifici segni e sintomi.</p> <p>(Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013) (Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012) (DGR 1184/2010 - Emilia Romagna)</p>
% di rivalutazioni del paziente eseguite da Triage (registrate formalmente) sul totale dei pazienti divisi per codici 1-2-3-4-5 che abbiano superato il tempo massimo d' attesa raccomandato.	appropriatezza	90% dei codici 3 che hanno superato il 60'  80% dei codici 4 che hanno superato il 120'  70% dei codici 5 che hanno superato il 240'	<p>La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di triage, si definisce come attività professionale mirata a mantenere il controllo della condizione degli assistiti durante l'attesa, cogliendo tempestivamente variazioni dello stato di salute.</p> <p>Si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che devono essere registrati e ai quali si possono associare iniziative mirate a migliorare l'attesa e il suo confort non necessariamente assicurati dal professionista infermiere.</p> <p>(Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012)</p>
% pazienti con codice 2 a cui siano stati rilevati (registrate formalmente) almeno due parametri vitali	appropriatezza	95% dei pazienti a cui è stato assegnato il codice di priorità 2	<p>Il codice di priorità 2 deve essere assegnato ai pazienti con rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizioni stabili con rischio evolutivo o dolore severo.</p> <p>(LG- Triage Agenas Monitor N°29, 2012)</p>
% di pazienti in emergenza codice 1 che accedano immediatamente al trattamento	appropriatezza	99% dei pazienti accettati con codice 1	<p>Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati</p>



Tabella n. 5 - TRIAGE: set di indicatori e standard di riferimento

INDICATORE	TIPOLOGIA DI INDICATORE	STANDARD DI RIFERIMENTO	RAZIONALE, CRITERI E LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO
% di pazienti in urgenza codice 2 che accedano al trattamento entro 15 minuti	appropriatezza	85% dei pazienti accettati con codice 2	<i>Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati</i>
% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono entro 60 minuti	appropriatezza	80% dei pazienti accettati con codice 3	
% di pazienti con urgenza minore codice 4 che accedono entro 120 minuti	appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 4	
% di pazienti non urgenza codice 5 che accedono entro 240 minuti	appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 5	
% di pazienti in urgenza differibile codice 3 a cui è documentata la valutazione di un indicatore di sofferenza	appropriatezza	80% dei pazienti accettati con codice 3	
% di pazienti in emergenza codice 1, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice emergenza 1	Esito	> 95%	<i>Gli indicatori sono finalizzati a monitorare l'accesso all'ospedale per le attività di ricovero nonché l'eventuale accesso e il trasferimento per codice di priorità assegnato</i>
% di pazienti in urgenza codice 2, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza 2	esito	> 70%	
% di pazienti in urgenza differibile codice 3, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza differibile 3	esito	> 50%	
% di pazienti con urgenza minore codice 4, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza minore 4	esito	< 5%	
% di pazienti con non urgenza codice 5, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice non urgenza 5	esito	< 1%	



## 10. CONCLUSIONI

Il presente documento costituisce un aggiornamento delle Linee di indirizzo sul Triage emanate con l'Accordo SR del 2003 e, nel ridefinire la funzione di Triage già descritta in tale norma, sviluppa le possibilità organizzative, in linea con i recenti dati di letteratura internazionale e con l'attuale fase di ridisegno del nostro sistema sanitario, allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente.

Il Triage è l'inizio del percorso di Pronto Soccorso ed ha due obiettivi:

- individuare le priorità di accesso alle cure;
- indirizzare il paziente all'appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

Si ribadisce che il Triage in Pronto Soccorso è una funzione infermieristica, svolta da personale con appropriate competenze e attuata sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento.

Il documento contiene alcune novità di particolare rilievo:

- la suddivisione in 5 codici di priorità, allo scopo di meglio ridistribuire la popolazione che si presenta in PS. Infatti, il "codice verde", essendo di gran lunga il più attribuito, non consente di differenziare adeguatamente i pazienti meritevoli di maggior impegno assistenziale da quelli a minore carico gestionale, esponendoli al rischio di eventi sfavorevoli o di sottovalutazione;
- nel caso dei codici colore, la scelta dei colori "arancione" e "azzurro" allo scopo di evitare la confusione con altri (rosa, argento ecc.) non indicativi di una priorità d'accesso, ma di un percorso dedicato. Inoltre, per quanto riguarda il numero di livelli, ci si allinea alla maggior parte degli altri Paesi a livello internazionale;
- l'utilizzo del codice di priorità esclusivamente per l'individuazione della priorità di accesso alle cure;
- la presa in carico del paziente avviene al Triage e non coincide necessariamente con l'inizio della visita medica;
- l'infermiere di Triage è dotato di autonomia professionale, in relazione alle competenze acquisite durante il corso di formazione, può essere specificatamente autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci, all'esecuzione di prelievi ematici ed all'inizio di trattamenti, qualora queste attività siano previste da protocolli interni.

Il documento, inoltre, definisce i vari aspetti di continuità all'interno del percorso di cura del paziente in Pronto Soccorso, OBI, ricovero, individuando i limiti temporali delle prestazioni.

Le indicazioni di cui al presente documento sono state elaborate contemporaneamente alle "Linee di indirizzo sull'Osservazione Breve Intensiva" in modo da integrare i due documenti relativamente ai tempi di permanenza dei pazienti nell'ambito delle strutture di emergenza.



## BIBLIOGRAFIA

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI LETTERATURA STRANIERA

- American College of Surgeon Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Chicago, 1999
- Australian College of Emergency Medicine. GUIDELINES FOR IMPLEMENTATION OF THE AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE IN EMERGENCY DEPARTMENTS
- Baker D.V. Patients who leave a public Hospital without being seen by a physician: causes and consequences. JAMA 1991; 266: 1085-1090
- Canadian Association of Emergency Physicians: "Position Statement- Emergency Department Overcrowding" dicembre 2000, <http://www.caep.ca/004.cjem-jcmu/004-00.cjem/vol-5.2003/v52-081.htm>, ultimo aggiornamento 21/10/2003, ultima consultazione 22/11/2003
- Department of Health, England Reforming Emergency Care. DOH: 2001, <http://www.doh.gov.uk/emergencycare/index.htm>, ultimo aggiornamento 14/7/2003, ultima consultazione 29/11/2003
- Derlet R.W, Richards J. R. "Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: complex causes and disturbing effects" Ann. Emerg. Med. 2000 35,1: 63-68
- E.N.A. (Emergency Nursing Association). Triage: Meeting the Challenge. U.S.A. Paperback: 2nd Revision edition 1998
- Manchester Triage Group. Emergency Triage. Londra: BMG Books, 1996
- McMahon M. ED Triage: is a five-level triage system best?, American Journal of Nursing 2003; 103(3):61-63
- Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. Emergency Medicine 2003; 15: 1 - 6
- Weirman ER, Edwards HR. "Triage" system shows promise in management of emergency department load. Hospitals 1964; 38: 55-62



## SITOGRAFIA

[www.acemc.it/](http://www.acemc.it/)

AcEMC – Academy of Emergency Medicine and Care

[www.simeu.it/](http://www.simeu.it/)

SIMEU – Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza

[www.simeup.com/](http://www.simeup.com/)

SIMEUP - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica

[www.fimeuc.org/](http://www.fimeuc.org/)

FIMEUC – Federazione Italiana Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi

[www.aniarti.it/](http://www.aniarti.it/)

ANIARTI – Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

[www.triage.it/](http://www.triage.it/)

GFT – Gruppo Formazione Triage



<b>Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage</b> <b>Gruppo di lavoro istituito con Direttoriale del 12 dicembre 2012</b>	
<b>Coordinatore</b>	
Francesco Bevere	Direttore Generale - Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
<b>Componenti</b>	
Cinzia Barletta	Referente FIMEUC
Ivo Casagrande	Referente AcEMC
Francesco Enrichens	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS
Gianfranco Finzi	ANMDO
Gabriella Guasticchi	Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Lucia Lispi	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Direttore Ufficio X
Angelo Muraglia	Commissione Salute - Regione Abruzzo
Angela Rita Panuccio	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Coordinatore Ufficio V
Francesco Perlasca	Commissione Salute - Regione Lombardia
Giorgio Pia	Commissione Salute - Regione Sardegna
Luciano Pinto	SIMEUP
Silvia Scelsi	ANIARTI
Beniamino Susi	SIMEU
Daniele Marchisio	GFT
<b>Segreteria tecnica</b>	
Maria Cristina Trotta	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio V