

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE

ASUR

N. /ASURDG DEL

Oggetto: RECEPIMENTO "Manuale di Triage ASUR"

IL DIRETTORE GENERALE

ASUR

.....

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. di recepire il "Manuale di Triage ASUR" elaborato dai componenti del Gruppo di Lavoro, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. di formalizzare il nuovo modello assistenziale della presa in carico dei pazienti che accedono al pronto soccorso;
4. di dare mandato ai Direttori delle Aree Vaste, affinché provvedano a dare il necessario seguito operativo, mediante tutte le azioni necessarie a garantire la pratica attuazione dello stesso;
5. di attestare che dal presente atto non deriva alcun onere di spesa a carico del Bilancio ASUR;

9. di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell'Albo Pretorio Informatico ASUR, ai sensi dell'art. 1 L.R. n. 36/2013;
10. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Pierluigi Origliani)



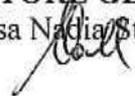
IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Remo Appignanesi)



IL DIRETTORE GENERALE

(Dott.ssa Nadia Storti)



- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA)

Normativa di riferimento

- D.P.R. n.76 del 27 marzo 1992 – Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza;
- D.M. 739/94 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere;
- D.M. 740/94 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o;
- Atto di intesa Stato e Regioni (aprile 1996 – G.U. 17/05/1996) di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 76/1992;
- D.P.R. 14 gennaio 1997, GU 20 febbraio 1997, n.42 - Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- Legge n.42 del febbraio 1999 - Disposizioni in materia di professioni sanitarie;
- Legge n. 251 agosto 2000 - Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica;
- Accordo tra il Ministro della Salute e Regioni del 25 ottobre 2001 (G.U. n. 285 del 07/12/2001), relativo al documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria";
- Accordo tra il Ministro della Salute e Regioni, del 22 maggio 2003 sul documento recante: Linee-guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza;

- Commissione tecnica su rischio clinico. Ministero della salute. Risk management in sanità: il problema degli errori, marzo 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf;
- Raccomandazione n.8 del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, novembre 2007;
- Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella, Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, luglio 2009;
Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1783_allegato.pdf;
- Codice deontologico dell'Infermiere, 2019;
- Codice Deontologico dell'Ostetrica/o, 2010;
- Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute: Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso, febbraio 2013;
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 281/97 tra il Governo e le Regione e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza e urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", della Presidenza del Consiglio dei Ministri, febbraio 2013;
- Percorso rosa, protocollo d'intesa per l'attivazione di procedure e strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto della violenza nei confronti delle donne anche affette da disabilità sensoriale e delle donne straniere, 2014;
- Decreto Ministeriale n.70 del 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Legge 24/2017 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO), 2017;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza", 2017;

- D.Lgs. n. 101 agosto 2018 - Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati);
- Accordo Stato Regioni sui Documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero” del 01/08/2019. (Rep. Atti n. 143/CSR);
- D.G.R. Marche 1457 del 25/11/2019 “Recepimento Accordo Stato Regioni del 1/08/2019: Linee di indirizzo nazionale sul Triage Intraospedaliero; Linee di indirizzo nazionali sull’osservatorio Breve Intensiva e Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (Rep. Atti n. 143/CSR) – Linee di indirizzo regionale”;
- Gruppo formazione triage “Triage infermieristico, quarta edizione” Mc Graw hill, 2019;
- Ministero della Salute “Percorso Lilla in Pronto Soccorso” - Interventi per l’accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell’alimentazione, 2020.

Motivazione

Il concetto moderno di triage intraospedaliero si fa strada negli Stati Uniti alla fine degli anni '50 e nei primi anni '60. La necessità di introdurre tale sistema fu motivata dall'analisi di due situazioni che si stavano verificando nei dipartimenti di emergenza: l'aumento della domanda sanitaria (numero di pazienti) e l'incidenza sempre più elevata di casi non urgenti. Nasce così l'esigenza di realizzare l'attività di triage per razionalizzare i tempi d'attesa in funzione delle necessità dei pazienti, superando il precedente criterio di ordine di arrivo ed evitando che persone in gravi condizioni si allontanassero senza essere visitate.

Ad oggi è considerato il primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in P.S. *“E' 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 di interventi in emergenza e urgenza. La funzione di triage, oltre a definire il grado di priorità di accesso al trattamento, rappresenta l'inizio del processo di cura,

garantendo da subito un'assistenza il più adeguata possibile alla situazione e alle necessità dei pazienti (primi interventi assistenziali, informazione, sorveglianza e gestione dell'attesa, ottimizzazione del percorso clinico-assistenziale, ecc...)

L'accordo Stato Regioni del 2001 ha definito criteri ed indirizzi uniformi su alcuni specifici aspetti del sistema di risposta all'emergenza – urgenza sanitaria, in conformità a quanto previsto dalle Linee Guida del 1996 sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del D.P.R. del 27 marzo 1992, concernente la determinazione dei livelli essenziali di assistenza. Il sopra citato Accordo Stato Regioni introduceva il triage quale nuovo strumento organizzativo per governare gli accessi, non programmati, dei pazienti in pronto soccorso, che vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni cliniche, prima della visita del medico. Con successivo atto del 2002, sono state approvate le linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza.

Il recente accordo Stato Regioni del 1 agosto 2019- Rep.N.atti 143/CSR, ridefinisce la funzione di triage, prevede lo sviluppo delle 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. Tale documento prevede l'introduzione della nuova codifica numerica da 1 (più grave) a 5, a cui è possibile associare un codice colore per la ridefinizione delle priorità, con tempi che vanno dall'accesso immediato per le emergenza a un tempo massimo di 240 minuti per le non urgenze; viene inoltre stabilito un tempo massimo di 8 ore dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso. La Regione Marche con la DGRM 145 del 25 novembre 2019, nell'ottica dell'omogeneizzazione delle procedure per il miglioramento della qualità, sicurezza e dell'assistenza delle cure in pronto soccorso, ha definito indicazioni agli enti del SSR demandando l'implementazione delle linee guida regionali ed il monitoraggio delle attività ad apposito gruppo di lavoro regionale.

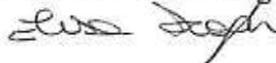
L'Asur Marche ha istituito un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare costituito da figure con esperienza nel settore di triage ed ha elaborato il manuale nato dalla necessità di aggiornare i protocolli e le modalità operative delle aree vaste. Il documento redatto dal gruppo di lavoro è stato formalizzato con nota ASUR del Direttore Sanitario prot. n. 36907 con mandato di verifica della corretta applicazione e segnalazione delle criticità rilevate in fase attuativa. Con la stessa nota è stato dato mandato al comitato tecnico per la formazione dell'emergenza di validare il documento sulla base delle osservazioni pervenute. Il comitato tecnico riunitosi in data 7 aprile 2022 ha fornito alla Direzione il documento con le modifiche frutto di confronto e della verifica delle osservazioni pervenute.

Il responsabile del procedimento dichiara che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio ASUR.

- Tanto premesso si sottopone al Direttore Generale, ai fini della relativa approvazione, il seguente schema di determina:

1. di recepire il “Manuale di Triage ASUR” elaborato dai componenti del Gruppo di Lavoro, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. di formalizzare il nuovo modello assistenziale della presa in carico dei pazienti che accedono al pronto soccorso;
4. di dare mandato ai Direttori delle Aree Vaste, affinché provvedano a dare il necessario seguito operativo, mediante tutte le azioni necessarie a garantire la pratica attuazione dello stesso;
5. di attestare che dal presente atto non deriva alcun onere di spesa a carico del Bilancio ASUR;
9. di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell’Albo Pretorio Informatico ASUR, ai sensi dell’art. 1 L.R. n. 36/2013;
10. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell’art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Elisa Draghi



- ALLEGATI -

”Manuale di Triage - ASUR”



MANUALE ASUR MARCHE
IL TRIAGE INTRA-OSPEDALIERO
AGGIORNAMENTO CINQUE CODICI DI PRIORITA'
(NUMERICI/COLORE)

ELABORATO DAL GRUPPO DI LAVORO
AZIENDALE TRIAGE

INDICE

Introduzione	3
1. Aspetti generali	4
1.1. Definizione	4
1.2. Finalità	4
1.3. Modello di Riferimento	5
2. Codici di Priorità	7
2.1. Attribuzione del Codice di Priorità	8
2.2. Rivalutazione del Codice di Priorità	10
3. Triage e Parametri Vitali	12
3.1. Range di Normalità dei Parametri Vitali e valori di allarme	12
3.2. Parametri Vitali in Età Pediatrica	16
3.3. Strumenti per la rilevazione dei Parametri Vitali	26
4. Processo di Triage	28
4.1. Valutazione Immediata (sulla Porta)	28
4.2. Raccolta Dati	29
4.3. La Decisione di Triage	33
4.4. La Rivalutazione	33
5. Organizzazione dei Flussi di Trattamento	34
6. Infermiere di Triage	35
6.1. Formazione Abilitante	36
7. Standard Organizzativi	38
8. Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	40
8.1. Documentazione Clinica	40
8.2. Strumenti e azioni per la gestione del rischio e la qualità assistenziale	40
8.2.1. Procedure/Protocolli	41
8.2.2. Formazione e addestramento dell'infermiere addetto al triage	41
8.2.3. Aspetti logistico/strutturali	42

8.2.4. Gestione del rischio clinico	42
8.2.5. Sviluppare l'utilizzo degli strumenti del Governo Clinico per la qualità Assistenziale	42
9. Triage e Fragilità	44
10. Aspetti Normativi e Responsabilità al Triage	46
10.1. La Legittimità del Triage Infermieristico	46
Bibliografia e Normativa	48
Sitografia	49

Acronimi e sigle

PS	Pronto Soccorso
SIMEU	Società Italiana Medicina Emergenza Urgenza
STEMI	ST elevation myocardial infarction
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PA	Pressione Arteriosa
PAS	Pressione Arteriosa Sistolica
PAD	Pressione Arteriosa Diastolica
FC	Frequenza Cardiaca
Min	Minima
Max	Massima
FR	Frequenza Respiratoria
TC	Temperatura Corporea
GCS	Glasgow Coma Scale
AVPU	Alert, Verbal, Pain, Unresponsive
SpO ₂	Saturazione Periferica di Ossigeno
VAS	Visual Analogic Scale
NRS	Numeric Rating Scale
VDS	Verbal Descriptor Scale
PRS	Pain Rating Scale (happy face)
FLACC	Fac, Legs, Activity, Cry, Consolability
ABCD	Airway, Breathing, Circulation, Disability
SCA	Sindrome Coronarica Acuta
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HCV	Hepatitis C Virus
DEA	Dipartimento Emergenza e Accettazione

INTRODUZIONE

L'elaborazione di questo manuale nasce in primo luogo dalla necessità di aggiornare i protocolli di Triage Intraospedaliero delle rispettive Aree Vaste dell'ASUR nel passaggio dal sistema di triage con 4 codici colore a 5 codici numerici di priorità, e poi con l'intento di uniformare e omogeneizzare gli stessi a livello regionale alla luce delle più recenti evidenze scientifiche internazionali, seguendo le linee di indirizzo approvate negli ultimi anni.

La Regione Marche ha recentemente recepito con il DGR 1457 del 25/11/2019 l'Accordo Stato Regioni del 01/08/2019 "Linee di indirizzo nazionale sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservatorio Breve Intensiva", "Linee di indirizzo nazionali sullo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso" Rep. atti 143/CSR.

A seguito dei cambiamenti riguardanti l'attività di triage e l'introduzione del nuovo gestionale unico aziendale, l'ASUR ha istituito un gruppo di lavoro per aggiornare l'attività di triage, nell'ottica della omogeneizzazione delle procedure organizzative per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in PS.

In particolare è stata introdotta la nuova codifica numerica da 1 (il più grave) a 5, a cui è possibile associare un codice colore, per la definizione delle priorità, con tempi che vanno dall'accesso immediato per le emergenze ad un tempo massimo di 240 minuti per le non urgenze; viene inoltre stabilito un tempo massimo di 8 ore dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso.

Il sistema di codifica a 5 livelli di priorità veniva già raccomandato nel 2012 nelle "Linee di indirizzo per il triage in Pronto Soccorso", pubblicate sulla rivista Monitor dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali elaborato dal gruppo di Coordinamento Nazionale Triage, conformemente a quanto già in uso a livello internazionale e su indicazione della letteratura e delle evidenze scientifiche.

1 ASPETTI GENERALI

1.1 Definizione di Triage

Oggi l'attività di triage viene svolta quasi solamente in ambito sanitario anche se sappiamo che le sue radici e la sua lunghissima storia risiede nella sanità militare.

Infatti, la parola triage (dal francese *trier*, scegliere) venne utilizzata per la prima volta durante le guerre condotte da Napoleone. Il concetto moderno di triage intraospedaliero si fa strada negli Stati Uniti alla fine degli anni '50 e nei primi anni '60. La necessità di introdurre tale sistema fu motivata dall'analisi di due situazioni che si stavano verificando nei dipartimenti di emergenza: l'aumento della domanda sanitaria (numero di pazienti) e l'incidenza sempre più elevata di casi non urgenti. Nasce l'esigenza di realizzare l'attività di triage per razionalizzare i tempi d'attesa in funzione delle necessità dei pazienti, superando il precedente criterio di ordine di arrivo ed evitando che persone in gravi condizioni si allontanassero senza essere visitate. In Italia nasce in maniera pionieristica e in assenza di riferimenti specifici alla fine degli anni '80, guardando le esperienze già consolidate negli Stati Uniti e in Gran Bretagna.

Ad oggi è considerato il primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in P.S. Tra le molte definizioni di triage, vogliamo ricordare quella presente sia nel documento "Linee di Indirizzo per il Triage in pronto soccorso" (AGENAS - Monitor n. 29, 2012) sia nelle "Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero (accordo Stato- Regioni del 1 Agosto 2019- Rep. N. Atti 143/CSR)": *"E' 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 di interventi in emergenza e urgenza. Importante notare la dicitura *"presa in carico degli utenti"*, in quanto la funzione di triage, oltre a definire il grado di priorità di accesso al trattamento, rappresenta l'inizio del processo di cura, garantendo da subito un'assistenza il più adeguata possibile alla situazione e alle necessità dei pazienti (primi interventi assistenziali, informazione, sorveglianza e gestione dell'attesa, ottimizzazione del percorso clinico-assistenziale, ecc...)

1.2 Finalità

Lo scopo del triage è la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle 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 principali che deve perseguire l'attività di triage in Pronto Soccorso sono:

- Identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento o a specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali;
- Attribuire a tutti i pazienti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alle loro criticità presenti e considerando il potenziale rischio evolutivo;
- Sorvegliare i pazienti in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura del paziente anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es. patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili);

- Gestire e modificare le priorità clinico-assistenziali sulla base delle risorse, contesti e necessità contingenti;
- Garantire la continua presa in carico dei pazienti in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili.

Altro elemento importante è l'approccio che l'infermiere instaura con il paziente all'arrivo in Pronto Soccorso. Cruciale è il rapporto relazionale che l'infermiere di Triage sviluppa con il paziente e con i suoi famigliari, aumentando così il grado di collaborazione degli stessi.

1.3 Modello di Riferimento

Il Triage in Pronto Soccorso, in quanto funzione complessa caratterizzata dalla presenza di numerose variabili cliniche, organizzative, relazionali e situazionali che si embricano tra loro in un contesto complesso, richiede a professionisti e istituzioni un approccio sistemico, fondato su uno specifico modello di riferimento, che propone metodi strutturati, appropriati e validati e definisce criteri per la predisposizione di un adeguato panel di strumenti operativi.

I modelli di triage che nel tempo si sono realizzati in Italia sono:

- Direttore del traffico o triage non infermieristico;
- Spot-check;
- Triage di bancone;
- Triage globale;
- Triage a doppio step.

Questi sistemi differiscono per quanto riguarda l'organico previsto, la documentazione richiesta, la valutazione e la rivalutazione dei pazienti, l'inizio del trattamento o delle procedure diagnostiche.

Il modello **direttore del traffico o triage non infermieristico** è il sistema di triage più semplice, talvolta denominato "accoglienza". Non è svolto da un infermiere, ma da un non professionista, un ausiliario, un soccorritore o un impiegato. La valutazione si basa sull'osservazione ed è mirata se il paziente "stia male" e quindi se sussiste una situazione di emergenza-urgenza. La documentazione minima o assente. È un sistema che può essere utilizzato in un Pronto Soccorso con un afflusso di pazienti ridotto.

Lo **spot-check triage (o triage eseguito a "spot")** è un sistema a "rapida occhiata" in cui non vi è personale preposto nell'area di triage. La valutazione viene svolta da un infermiere di sala visita che si reca nell'area di triage solo all'arrivo dell'utente per valutarlo e assegnare il codice di priorità. L'uso di protocolli o standard di riferimento per l'attribuzione dei codici di priorità e dei trattamenti necessari dipende dalle scelte organizzative della struttura. La rivalutazione viene svolta su richiesta dell'utente. Solitamente questo modello veniva applicato nei Pronto Soccorso di piccole dimensioni e in orari in cui l'afflusso di pazienti era esiguo; condizione fondamentale che vi siano sistemi in grado di rilevare tempestivamente l'arrivo e le condizioni dei pazienti (presenza di personale di supporto o videosorveglianza con sistemi di chiamata).

Il modello a **trriage di bancone** consiste in una rapida intervista e analisi visiva, senza ricorrere a valutazione oggettiva dei segni, sintomi della persona. L'infermiere si trova in una postazione aperta (bancone di accettazione) situata all'ingresso del Pronto Soccorso. L'assegnazione del codice segue l'utilizzo di flow-chart che lasciano poca discrezionalità decisionale. È un sistema che utilizza personale dedicato, livelli di categorizzazione definiti, strumenti di registrazione, ma ha come unico strumento di valutazione l'intervista e il reperto visivo di segni e sintomi cui segue la ricerca della

presenza o assenza di specifiche condizioni previste dagli algoritmi decisionali che se presenti, determinano l'assegnazione del codice di priorità.

Il **triage globale** prevede che un infermiere specificamente formato, con esperienza presso il servizio di Pronto Soccorso e che opera secondo protocolli, sia dedicato ad operare nella zona di arrivo dei pazienti e sia in grado, in base al sintomo/problema che il paziente presenta, di valutare le condizioni della persona, definirne i bisogni, le necessità di assistenza e stabilire le priorità di intervento rispetto al grado di impegno delle risorse disponibili. L'infermiere si prende cura della persona nella sua globalità. Vi sono criteri prestabiliti per la valutazione e la pianificazione degli interventi. Sono previsti protocolli per test diagnostici e trattamenti terapeutici. La rivalutazione è regolata da specifiche indicazioni. La documentazione essendo sistematica rende possibile la valutazione di qualità del sistema.

Il **triage a doppio step** è un sistema di triage che prevede due infermieri che svolgono ruoli differenti. Nella prima fase il paziente è accolto da un infermiere "esaminatore" che:

- Accoglie il paziente;
- Valuta rapidamente l'**ABCD (Airway, Breathing, Circulation, Disability)**;
- Indaga sul problema di salute o sul motivo dell'accesso;
- Decide se il paziente è in grado di attendere per la valutazione e la registrazione oppure deve essere immediatamente sottoposto al trattamento.

La seconda fase è esplicitata dall'infermiere "valutatore" il quale gestisce i casi giudicati non urgenti dall'infermiere "esaminatore". I pazienti possono essere valutati in ordine o a discrezione dell'infermiere rispetto al problema segnalato dal collega esaminatore. Il secondo infermiere completa la raccolta dei dati oggettivi e soggettivi, assegna il codice di priorità e inizia i trattamenti.

Ad oggi i sistemi implementati nelle realtà italiane si ispirano per lo più 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. *Le linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero fanno riferimento al modello di triage globale per la valutazione della persona all'accettazione di triage.*

Questo modello prevede la necessità di avvalersi di metodi per la valutazione di specifici aspetti clinici validati in letteratura e adatti al contesto (dolore, raccolta anamnestica ecc.), e di utilizzare specifici concetti riguardanti gli aspetti essenziali dei principali quadri clinici che si presentano in PS (segni, sintomi e rischio evolutivo); riconosce inoltre la necessità di possedere adeguate capacità comunicative e di gestione dello stress. Viene affermata la centralità del ruolo dell'infermiere, in quanto figura professionale a cui spetta l'identificazione dei bisogni della persona, la valutazione delle sue necessità e la pianificazione degli interventi attivando tutte le risorse necessarie. In questa ottica diventano necessari strumenti di lavoro quali protocolli, procedure e tutti gli strumenti del moderno processo di nursing. I presupposti fondamentali su cui si basa questo modello sono:

- Accoglienza e presa in carico da parte di un professionista sanitario, infermiere, specificamente formato;
- Approccio globale alla persona, accompagnatori, situazione;
- Garantire l'assegnazione di un codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- Disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato.

2 CODICI DI PRIORITA'

Il codice di priorità esprime l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di triage basata sugli elementi raccolti durante le fasi della valutazione e sul ragionamento clinico basato sul rischio evolutivo. Mediante l'assegnazione del codice di priorità l'infermiere di triage decide e comunica alle unità di cura l'ordine di presa in carico dei pazienti. 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.

Come già precedentemente citato questo manuale riporta la nuova codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità e 5 non urgenza (vedi Tabella 1) Per ogni codice viene indicato la denominazione, la definizione e il tempo massimo di attesa all'area di trattamento che va dall'accesso immediato per il codice 1, ai 240 minuti per la non urgenza. Le differenze sostanziali rispetto la precedente codifica a quattro livelli/ codici colore si rilevano nella stretta relazione fra codice e tempo di accesso all'area di trattamento o attivazione del percorso assistenziale.

TABELLA N. 1: TRIAGE: codifica a 5 livelli di priorità e tempi di attesa

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1	EMERGENZA	Interruzione o Compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2	URGENZA	Rischio compromissione funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza apparente rischio evolutivo, che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

La Regione Marche, come recepito dalle linee guida nazionali, ha operato una scelta integrativa al codice numerico di priorità, associando ad ogni numero un colore di sottofondo. Questa scelta nasce per non creare confusione nei cittadini e negli operatori, visto che negli ultimi 20 anni si è sempre usato un codice colore per definire la priorità di accesso nei Pronto Soccorso.

Ad ogni numero viene associato un codice colore, secondo quanto riportato nella tabella n 2. La scelta dei colori da abbinare riflette la necessità del cambiamento e della riclassifica operata, per cui il colore giallo non è più presente, ma vi è il codice arancione per il codice 2 e l'azzurro per il codice 3. In effetti, come esplicitato dalle linee di indirizzo, *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.

TABELLA N. 2: nuova codifica di priorità e tempo massimo 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 compromissione funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3	Azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza apparente rischio evolutivo, 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 Attribuzione del Codice di Priorità

Codice 1 / Rosso *Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali*

È una condizione che richiede un intervento immediato; non può esservi tempo di attesa. La definizione fa riferimento alla perdita della funzione respiratoria, cardiocircolatoria o neurologica in atto o con una compromissione tale da presumere un rischio imminente di morte.

- **Codice 2/ Arancione** *Rischio di compromissione di una o più funzioni vitali, d'organo o di apparati.*

Sono condizioni che comportano una minaccia imminente per la vita, ovvero sono quelle situazioni che dopo la valutazione di triage vengono definite "a elevato rischio evolutivo", con possibilità di peggioramento e compromissione delle funzioni vitali in pochi minuti. Per compromissione di funzioni d'organo o apparato si intendono anche tutte quelle situazioni in cui non vi è un reale rischio per la vita dell'individuo, ma esiste il rischio della perdita di funzione di un organo se non si interviene in tempi brevi. Possono rientrare anche le situazioni di dolore severo, correttamente rilevato.

- **Codice 3/Azzurro** *Condizione senza rischio evolutivo ma con sofferenza e ricaduta sullo stato generale.*

Non vi sono rischi evolutivi evidenti, ma il paziente è in uno stato di discomfort tale che richiede un intervento specifico, a volte complesso. In questo codice rientrano generalmente situazioni con dolore moderato correttamente rilevato. In questa tipologia possono rientrare la richiesta di prestazioni secondo protocolli stabiliti e condivisi.

- **Codice 4/ Verde** *Condizione senza rischio evolutivo*

Solitamente richiede prestazioni/percorsi non complessi. I pazienti senza rischi evolutivi hanno parametri vitali normali e dolore lieve, per i quali sono necessari solitamente interventi a bassa complessità o l'attivazione di specifici percorsi predeterminati da protocolli (es: Fast Track).

- **Codice 5/ Bianco** *Condizioni non urgenti, di minima rilevanza clinica*

Sono usualmente problemi cronici oppure patologia di minima rilevanza clinica e con scarso o nullo dolore per le quali possono essere previsti altri percorsi: poliambulatori, medico di medicina generale, case della salute.

Stabilire la priorità d'accesso all'area di trattamento non significa fare una diagnosi ma individuare quali pazienti hanno bisogno di cure immediate e quali possono attendere la valutazione medica senza correre rischi. È importante ricordare che vi sono condizioni che possono concorrere alla decisione del codice da assegnare, o in ogni caso possono essere un criterio per stabilire a parità di codice come procedere per l'ingresso dei pazienti, ricordando che a parità di codice l'ordine temporale di arrivo è l'ultimo dei criteri per l'accesso alla visita. Tali condizioni vengono definite "modificatori":

- Problemi legati alla gestione della sala di attesa;
- Presenza di protocolli e percorsi specifici per patologie tempo-dipendenti;
- Tipologia di struttura ospedaliera;
- Percorsi interni codificati;
- Età, gravidanza, disabilità;
- Condizioni di fragilità.

Questi modificatori possono far variare il codice di priorità o la gestione del percorso di cura.

➤ **Gestione della sala di attesa**

Pazienti particolarmente aggressivi, agitati, ansiosi possono rappresentare un pericolo nei confronti degli altri utenti. Allo scopo di non creare rischi potrebbe essere necessario gestire questi casi come se si trattasse di un codice di priorità maggiore oppure, a parità di codice, creare un percorso preferenziale, accompagnandoli in spazi idonei e affidandoli ad un infermiere o altro personale dell'area di trattamento.

➤ **Protocolli/percorsi di trattamento di patologie tempo-dipendenti**

Negli ultimi anni la letteratura scientifica ha dimostrato che in diverse patologie, definite tempo-dipendenti, quali ad esempio:

- ictus ischemico acuto,
- infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI),
- trauma grave,

il successo della terapia è strettamente correlato al tempo che intercorre dall'insorgenza dei sintomi alla somministrazione della medesima: più si riducono i tempi maggiore è l'efficacia terapeutica. Alla luce di ciò, sono stati creati PDTA specifici per la gestione di tali patologie. In questo modo è possibile categorizzare questi pazienti con codici **1** (Rossi) al fine di non perdere la possibilità di fornire la cura migliore nei tempi adeguati.

➤ **Procedure/percorsi interni**

Completato il triage e assegnato il codice di priorità, sulla base percorsi integrati con le varie Unità Operative appartenenti alla struttura ospedaliera possono essere previsti percorsi rapidi per l'invio dei pazienti a visita/trattamento.

Sono procedure dedicate ai codici di urgenza minore e che richiedono trattamenti mono specialistici, così come previsto dall'accordo della Conferenza Stato-Regioni (es. Oculistica, Pediatria, Ginecologica/Ostetrica, Otorinolaringoiatrica, Odontoiatrica).

➤ **Età, gravidanza, disabilità**

Per ragioni comprensibili è opportuno che per bambini, donne gravide, grandi anziani o portatori di disabilità vengano previsti, a parità di codice di priorità, percorsi preferenziali.

➤ **Pazienti fragili**

La fragilità in questo ambito è intesa come la condizione di salute instabile e con aumentato rischio evolutivo causato da uno o più fattori: pluripatologie con instabilità clinica, problemi cognitivo-comportamentali, perdita di autonomia e memoria, presenza di problemi gestionali come la nutrizione inadeguata o la necessità di somministrare la terapia farmacologica, contesti famigliari inadeguati o inaffidabili, relazioni sociali assenti.

➤ **Condizioni particolari**

La violenza sessuale o abuso su minori, anche solo presunti, devono essere sempre gestiti con **codici elevati**. Nei Pronto Soccorso sono previsti specifici protocolli per la gestione di questi casi che prevedono, tra l'altro, l'immediato isolamento del soggetto in appositi spazi dedicati e la precedenza sugli altri pazienti, anche a parità di codice di priorità.

2.2 Rivalutazione del Codice di Priorità

La rivalutazione è 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 vitali soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute. Il codice di priorità può essere modificato in seguito alla rivalutazione. Fondamentale è riportare nell'apposita scheda di triage l'effettuazione della rivalutazione e ogni variazione riscontrata.

In Italia i tempi di rivalutazione suggeriti sono riportati nella seguente tabella che riassume tempi massimi di attesa e modalità e tempi di rivalutazione (tabella n.3).

Con l'adozione del sistema a 5 codici numerici la rivalutazione va eseguita quando vengono superati i tempi massimi di attesa eccetto per il codice 2 il quale si raccomanda una valutazione continua delle condizioni del paziente, realizzata quando necessario con sistemi di monitoraggio.

TABELLA N. 3: modalità e tempi di rivalutazione

TRIAGE: Nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento	Modalità di Rivalutazione
Numero	Colore			
1	Rosso	EMERGENZA	Accesso immediato alle aree di trattamento Nessuna rivalutazione	
2	Arancione	URGENZA	Accesso entro 15 minuti	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	Azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Accesso entro 60 minuti	Ripetizione di parte o tutte le fasi della rivalutazione:
4	Verde	URGENZA MINORE	Accesso entro 120 minuti	<ul style="list-style-type: none">• A giudizio dell'Infermiere• A richiesta del paziente• Una volta trascorso il tempo massimo di attesa raccomandato
5	Bianco	NON URGENZA	Accesso entro 240 minuti	

3 TRIAGE E PARAMETRI VITALI

I parametri vitali sono espressioni di funzioni i cui valori esprimono lo stato di salute dell'organismo umano. Sono rilevabili in modo standardizzato e costituiscono parte essenziale della valutazione oggettiva.

I parametri vitali ci permettono di identificare precocemente un cedimento o potenziale cedimento di una funzione vitale, inoltre ci consentono il monitoraggio durante la fase di rivalutazione delle condizioni del paziente.

I parametri vitali da ricercare sono:

- Pressione arteriosa sistolica (PA max) e diastolica (PA min);
- Frequenza cardiaca (FC);
- Frequenza respiratoria (FR);
- Temperatura corporea (TC);
- Dolore;
- Livello di coscienza misurato con GCS (Glasgow Coma Scale) o con l'AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive);
- Saturazione periferica di O₂ (SpO₂) misurata con pulsiossimetro.

3.1 Range di Normalità dei Parametri Vitali nell'adulto e Valori di Allarme

È necessario sottolineare che in letteratura esistono molte differenze sui valori ritenuti "minacciosi" dei parametri vitali, in particolare c'è difficoltà nel definire i valori massimi "pericolosi" di alcuni parametri vitali, mentre per quelli minimi c'è maggior chiarezza.

PRESSIONE ARTERIOSA (PA)

La rilevazione della pressione arteriosa è non invasiva (NIBP) e può essere manuale o strumentale (monitor multiparametrici).

- Range di normalità: PA max 90-140, PA min 60-90;
- Valori di allarme: PA max <90 o > 180; PA min <50 o > 140.

FREQUENZA CARDIACA (FC)

È consigliato rilevare la frequenza cardiaca manualmente per poter apprezzare, oltre al numero di battiti/minuto, anche il ritmo (bradicardia, tachicardia, aritmia) e l'ampiezza (forte, debole o normale) e altre caratteristiche, quali l'uguaglianza (uguale ampiezza tra i battiti), la durata (tempo di incremento e decremento dell'onda sfigmica) e la simmetria (uguaglianza dei polsi tra lato destro e sinistro).

Importante anche il valore "simbolico" di questa azione, che consente non solo di rilevare il polso ma anche di creare un vero contatto e presa in carico della persona.

- Range di normalità: FC 60-100 battiti/min (polso radiale ritmico)
- Valori di allarme: FC <50 o > 130. Considerare la ritmicità. Un polso aritmico incrementa il rischio evolutivo.

FREQUENZA RESPIRATORIA (FR)

La rilevazione di questo parametro è molto semplice ed altrettanto importante. Si ricorda l'importanza della misurazione per un minuto.

Così come nella valutazione del polso periferico, anche della frequenza respiratoria è importante valutare, oltre il numero di atti/minuto, anche altre caratteristiche, quali il ritmo (intervallo di tempo regolare tra gli atti, che se alterato può dar luogo ai cosiddetti respiri periodici, come il Cheyne-Stokes, il Kusmaull o il Biot), la profondità (quantità di aria che giunge negli alveoli e che viene successivamente eliminata durante ogni atto respiratorio), la qualità (presenza di rumori o sforzo dei muscoli accessori durante l'atto respiratorio)

- Range di normalità: FR 12-20 atti/min
- Valori di allarme: FR <10 o > 28.

TEMPERATURA CORPOREA (TC)

La misura più precisa è quella buccale, ma è poco pratica in pronto soccorso e richiede almeno 2-3 minuti, ma soprattutto non adeguata in epoca COVID. Di norma la più usata era quella timpanica, veloce da rilevare e sufficientemente precisa; le attuali misure anti-COVID suggeriscono l'utilizzo di termometri ad infrarossi sui quali, però, non esiste ancora una letteratura scientifica che validi la loro accuratezza

- Range di normalità:
 - TC buccale: 36.1-37°C (da avere solo come riferimento)
 - TC timpanica: 36.2-37.2 °C
- Valori allarme: TC timpanica < 34 o > 39°C.

SATURAZIONE PERIFERICA DI OSSIGENO (SpO₂)

La sede di rilevazione più frequente è l'applicazione del sensore a pinza su un dito (dopo aver rimosso smalto o sangue). Sedi alternative sono la punta del naso e il tallone o dorso del piede nel neonato.

- Range di normalità in persona senza pregressa malattia: SpO₂ 94-100% (in aa)
Valori di allarme: SpO₂ <94%. Correlare sempre la FR;
- Range di normalità in persona con BPCO: SpO₂ 88-92% (in aa)
Valori di allarme: SpO₂ <88%. Correlare sempre la FR.

LIVELLO DI COSCIENZA

Le scale usate sono la Glasgow Coma Scale (GCS) e l'AVPU. La prima risulta essere più approfondita, ripetibile dai vari operatori ma richiede più tempo per la raccolta dei parametri, mentre la seconda risulta essere più veloce e intuitiva ma meno precisa. Importante è l'utilizzo da parte degli infermieri della stessa scala di valutazione in modo tale da rilevare eventuali variazioni in modo uniforme.

- Range di normalità: GCS:15; se si utilizza l'AVPU la condizione di normalità è A.
- Valori di allarme: GCS ≤13; se si utilizza l'AVPU il valore di allarme è V.

TABELLA N. 4: scala AVPU per valutare lo stato di coscienza

A	Alert	Vigile
V	Vocal	Risponde a stimoli verbali
P	Pain	Risponde a stimoli dolorosi
U	Unresponsive	Non risponde a nessuno stimolo

TABELLA N. 5 Glasgow Coma Scale (GCS) per valutare lo stato di coscienza

Componente	Risposta	Punteggio
Apertura Occhi (E)	Spontanea	4
	Alla chiamata	3
	Al dolore	2
	Nessuna	1
Risposta Verbale (V)	Orientata	5
	Fraasi Confuse	4
	Parole inappropriate	3
	Suoni incomprensibili	2
	Nessuna	1
Risposta Motoria (M)	Esegue a comando	6
	Localizza il dolore	5
	Retrazione dal dolore	4
	Flessione al dolore	3
	Estensione al dolore	2
	Nessuna	1

DOLORE

È da sempre il principale motivo di accesso al Pronto Soccorso. Ha un carattere soggettivo e non esiste un “range” di normalità, ovvero la “normalità” è “nessun dolore”.

In Italia, con la Legge n. 38 del 15 marzo 2011 “*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*” si è aperta una strada innovativa anche rispetto al panorama legislativo di tutti gli Stati Membri dell’Unione Europea.

Per la prima volta viene garantito l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La legge tutela all’art. 1 “il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”, ed individua tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico. Per quest’ultimo, inoltre riconosce una particolare tutela ed attenzione come soggetto portatore di specifici bisogni ai quali offrire risposte indirizzate ed adeguate alle sue esigenze e a quella della famiglia che insieme deve affrontare il percorso della malattia.

Gli aspetti di maggiore rilevanza e innovazione della legge sono:

- a. La rilevazione del dolore all’interno della cartella clinica (all’interno della cartella clinica, nelle sezioni medica e infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero,

nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito);

- b. La promozione e l'integrazione di reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore;
- c. La semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore;
- d. La formazione del personale medico e sanitario nello specifico ambito delle terapie antalgiche.

Anche il codice deontologico dell'infermiere 2019 (art.18) raccomanda la rilevazione del dolore dell'assistito e la gestione dello stesso e dei sintomi correlati. È il parametro più difficile da registrare per l'infermiere, proprio per il suo carattere soggettivo, è un sintomo e solo chi lo avverte è in grado di descriverlo.

Proprio per questo, l'infermiere deve riuscire a mediare la soggettività del paziente con la reale e oggettiva severità del sintomo per decidere se quel dolore è tale da influire sull'assegnazione del codice e se merita di essere trattato precocemente. Non dimentichiamoci che il dolore genera ansia e agitazione, riduce la collaborazione, aumenta lo stress e il consumo d'ossigeno per cui la sua gestione è importante nell'ottica del miglioramento delle cure e soprattutto della gestione dell'attesa.

Per la rilevazione in triage si utilizzano le seguenti scale di autovalutazione:

- **VAS** (Visual Analogic Scale): scala analogico visiva;
- **NRS** (Numeric Rating Scale): scala numerica da 0 a 10;
- **VDS** (Verbal Descriptor Scale): scala verbale descrittiva semplice dell'intensità del dolore;
- **PRS** (Happy face Pain Rating Scale): scala visiva con le faccine utilizzata sopra i 3 anni;
- **WONG-BAKER**: scala a sei faccine cui corrispondono vari gradi di dolore.

Generalmente viene utilizzato il termine "male" per età dai 3 ai 5 anni, il termine "dolore" per età dai 6 ai 7 anni. Al di sopra degli 8 anni di età possono essere usate numeriche come l'NRS o la VAS.

Se il bambino è di età inferiore ai 3 anni sono da applicare le scale osservazionali o comportamentali.

Le modificazioni comportamentali messe in atto dal bambino in corso di dolore acuto sono abbastanza evidenti ed includono, quasi sempre il lamento e/o il pianto. Comunque la principale scala comportamentale validata per la misurazione del dolore è la **SCALA FLACC**. Questa utilizza 5 item:

- Volto
- Gambe
- Attività
- Pianto
- Consolabilità

A queste si accompagnano scale di eterovalutazione a cui è necessario ricorrere quando il paziente non è in grado di esprimere il proprio dolore (demenza, alterazione del sensorio, età, ecc.), ovvero è l'infermiere che osservando il comportamento del paziente e analizzando alcuni parametri vitali,

determina un valore del dolore. Queste scale di origine per lo più francese, anglosassone e australiana sono scarsamente utilizzate in Italia.

La scala di valutazione più raccomandata e più usata è la NRS (Numeric Rating scale) che prevede una risposta numerica da 0 a 10, dove 0 è nessun dolore e 10 il maggior dolore mai provato.

Quando i valori dei parametri vitali sono al di fuori del range di normalità, l'attenzione del triagista deve acuirsi, ma non bisogna fermarsi al primo parametro fuori range per assegnare un codice di priorità elevato, soprattutto se il paziente è asintomatico, non sofferente e in buone condizioni generali, in quanto tale valore potrebbe rientrare nella normalità del paziente. Piuttosto è consigliato un'attenta valutazione soggettiva e oggettiva per escludere eventuali situazioni di rischio evolutivo.

I valori dei parametri vitali cambiano con l'età. Il bambino non è un "piccolo adulto" e parametri che possono apparire patologici di fatto non lo sono e viceversa.

3.2 Parametri Vitali in Età Pediatrica

I parametri vitali fanno parte della serie di dati raccolti dagli infermieri durante l'accertamento e rappresentano una modalità veloce ed efficace per valutare le condizioni del bambino.

Il range di normalità in età pediatrica cambia con l'età, poiché i meccanismi metabolici, e quindi la fisiologia, sono in continua evoluzione con la crescita del bambino.

Alcune condizioni possono far variare i parametri vitali transitoriamente:

- Stato di sonno o di veglia;
- Stato emotivo (pianto, paura, dolore);
- Febbre (per es. 10 atti respiratori in più ogni grado di temperatura corporea > di 37°C

Misurazione della temperatura corporea:

- <4 settimane di vita: misurazione ascellare con termometri digitali;
 - >4 settimane di vita: misurazione ascellare con termometri digitali o misurazione con termometri ad infrarossi (timpanici o a distanza).
- Estremità fredde.

TABELLA 6: Valori normali in età pediatrica

	FC/veglia	FC/sonno	FR	PAS	PAD
Neonato	100-180	80-160	40-60	60-90	20-60
Lattante	100-160	75-160	30-60	87-105	53-66
1ª infanzia (2 anni)	80-110	60-90	24-40	95-105	53-66
2ª infanzia (5 anni)	70-100	60-90	22-34	96-110	55-69
Età scolare (7 anni)	65-110	60-90	18-30	97-112	57-71
Adolescente (15 anni)	60-90	50-90	12-16	112-128	66-80

I parametri vitali da rilevare all'ingresso in un paziente valutato come possibile codice ad alta priorità sono: Frequenza cardiaca (FC), Frequenza Respiratoria (FR), Pressione Arteriosa (PA), Temperatura Corporea (TC), Dolore, Scala di Gorelick.

È importante inoltre rilevare la Saturazione periferica di Ossigeno (SpO2) applicando il sensore del pulsiossimetro sul letto ungueale o, nei neonati, direttamente sulla cute della mano o del piede.

La misurazione di tali parametri e un breve esame obiettivo sono utili a fornire un'informazione oggettiva dello stato clinico del bambino.

È necessario però avvalersi di specifiche tabelle, in cui i valori normali di ciascun parametro sono riportati suddivisi per fasce di età.

Le scale utilizzate per la valutazione del dolore sono età-dipendente.

Anche lo stesso Glasgow Coma Scale (GCS) è stato modificato per permettere agli operatori sanitari di valutare adeguatamente lo stato di coscienza del paziente pediatrico, lattante o bambino, tenendo conto delle specifiche abilità acquisite durante lo sviluppo psicomotorio.

Altro parametro importante nel triage pediatrico è il grado di disidratazione misurabile mediante la scala di Gorelick.

TABELLA 7: Score di Gorelik

Segni Clinici		Punteggio												
Occhi alonati	⚡													
Mucose visibili asciutte														
Pianto senza lacrime														
Pliche cutanee persistenti >2"	⚡													
Stato generale compromesso (sonnolenza, ipereccitabilità)	⚡													
Tempo di refill* >2"														
Polso radiale debole														
Tachicardia (senza febbre) >150 battiti per minuto (bpm)														
Tachipnea	⚡													
Oliguria	⚡													
<p>SCORE</p> <p>Attribuire 1 punto ad ogni segno clinico presente</p> <p>< 3 punti: disidratazione lieve < 5%</p> <p>Da 3 a 5 punti: disidratazione moderata 5-8%</p> <p>Da 6 a 10 punti: disidratazione grave ≥ 9%</p> <p>⚡ Incremento di progressione verso lo shock ipovolemico</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Codice</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>punteggio</td> <td>9-10</td> <td>6-8</td> <td>3-5</td> <td><3</td> <td><3</td> </tr> </table>			Codice	1	2	3	4	5	punteggio	9-10	6-8	3-5	<3	<3
Codice	1	2	3	4	5									
punteggio	9-10	6-8	3-5	<3	<3									
<p>*REFILL: tempo di ricapillarizzazione necessario alla cute del torace a livello presternale per riacquistare il colorito roseo dopo una pressione applicata con un dito per 5 secondi.</p>														

TABELLA 8: Valori critici in età pediatrica

	FC	FR
Neonato	< 60 bpm, > 200 bpm	< 20 atti/m', > 70 atti/m'
1 ^a infanzia (2 anni)	< 65 bpm, > 180 bpm	< 16 atti/m', > 60 atti/m'
Adolescente (15 anni)	< 40 bpm, > 140 bpm	< 6 atti/m', > 40 atti/m'

SEGNI CLINICI DI ALLARME IN ETÀ PEDIATRICA:

Parametri vitali respiratori

- Apnea > 10 secondi
- F.R. > 50 atti/min (>70 nel lattante)
- Distress respiratorio grave o respiro agonico

TABELLA 9: Valori saturazione periferica di ossigeno

Valore normale SpO ₂	95-100%
Ipossia lieve	91-94%
Ipossia moderata	86-90%
Ipossia grave	≤ 85%

Parametri vitali vascolari

- Cianosi con estremità fredde e mazzate
- Polsi periferici flebili o assenti
- FC <80 o >180 da 0-12 mesi
- FC <60 o >160 > 12 mesi
- Riempimento capillare > 2 sec in normotermia

Parametri vitali neurologici

- GCS alterato (< 12)
- Convulsioni in atto
- Pupille anisocoriche o non reagenti

Glicemia al dito < 40 o > 300 mg%

TABELLA 10: AVPU età pediatrica

A	 Alert	Paziente vigile, che interagisce con l'ambiente circostante, in maniera adeguata
V	 Verbal	Risponde a s; moli verbali.
P	 Pain	Risponde a s; moli dolorosi (pizzico sul muscolo cucullare alla base del collo).
U	 Unresponsive	Non risponde a nessuno s; molo. Al paziente privo di coscienza d assegna immediatamente un codice 1.

TABELLA 11: Glasgow Coma Scale età pediatrica

APERTURA DEGLI OCCHI					
Punteggio	Età > 1 anno	Età < 1 anno			
4	Spontanea	Spontanea			
3	Al comando	Al rumore			
2	Al dolore	Al dolore			
1	Non risposta	Non risposta			
MIGLIORE RISPOSTA MOTORIA					
Punteggio	Età > 1 anno	Età < 1 anno			
6	Obbedisce	Spontanea normale			
5	Localizza il dolore	Localizza il dolore			
4	Flette/si allontana dal dolore	Flette/si allontana dal dolore			
3	Flessione decorticata	Flessione decorticata			
2	Estensione decerebrata	Estensione decerebrata			
1	Non risposta	Non risposta			
MIGLIORE RISPOSTA VERBALE					
Punteggio	Età > 5 anni	Età 2-5 anni	Età 0 - 23 mesi		
5	Orientato, conversa	Parole appropriate/frasi	Vocalizza/ride		
4	Disorientato, conversa	Parole inappropriate	Piange/è inconsolabile		
3	Parole sconesse	Pianto/grida persistenti	Pianto/grida persistenti		
2	Suoni incomprensibili	Suoni incomprensibili	Suoni incomprensibili/agitato		
1	Non risposta	Non risposta	Non risposta		
codice	1	2	3	4	5
GCS	≤ 9	10-13	14	14	15

TABELLA 12: GCS – valori normali in base all'età

ETA'	VALORI
0-6 mesi	10
6-12 mesi	12
1-2 anni	13
2-5 Anni	14
> 5 anni	15

Dolore

Si basa sulla valutazione dell'espressione del volto, la motilità delle gambe, l'attività motoria, il pianto e la consolabilità. Per la scala FLACC il punteggio complessivo varia da zero a 10 a seconda dell'intensità del dolore. Sia nei neonati che nei bambini con meno di 3 anni di età, la valutazione va eseguita per un periodo compreso tra 1 e 5 minuti nei pazienti in stato di veglia, per almeno 5 minuti nei pazienti addormentati.

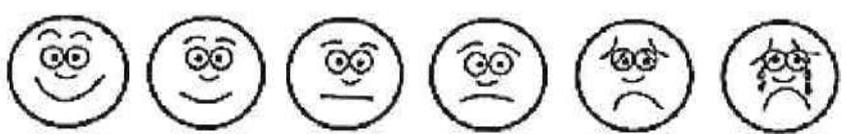
TABELLA 13: Scala FLACC

Categoria	Punteggio		
	0	1	2
Volto	Espressione neutra o sorriso	Smorfie occasionali o sopracciglia corrugate, espressione distaccata, disinteressata	Da frequente a costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento
Gambe	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Scalcia, o raddrizza le gambe
Attività	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dondola avanti e indietro, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
Pianto	Assenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno)	Geme o piagnucola, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	È rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è distraibile	Difficile da consolare o confortare

TABELLA 14: Scala Wong-Baker

Scala di Wong- Baker

Bambino di età maggiore ai 3 anni



0	2	4	6	8	10
Nessun male	Un po' di male	Un po' più di male	Ancora più male	Molto più male	Il peggior male possibile

Faccia 0 = è molto felice perché non ha nessun male
 Faccia 2 = un po' di male
 Faccia 4 = un po' più di male
 Faccia 6 = ancora più male
 Faccia 8 = molto più male
 Faccia 10 = ha il peggiore male che si possa immaginare, anche se non è necessario che tu pianga quando hai tutto quel male

Si usa generalmente il termine "male" per età dai 3 ai 5 anni, il termine "dolore" per età dai 6 ai 7 anni.

TABELLA 15: Scala Numerica (NRS)

Scala Numerica (N.R.S.)

- È una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore. È rappresentata da una linea orientata orizzontalmente (lunghezza pari a 10 cm) i cui estremi sono caratterizzati da "nessun dolore" e "il peggiore dolore possibile".
- Si utilizza nei bambini d'età ≥ 8 anni, solo quando il bambino abbia acquisito le nozioni di proporzione. Si chiede di indicare l'intensità di dolore che prova scegliendo o indicando il numero corrispondente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nessun Dolore

Il peggiore dolore possibile

TABELLA 16: Attribuzione del codice di priorità in relazione alla valutazione dell'ABCD

	Codice triage										
	PV e indici	1	2	3	4	5					
Vie aeree	vie aeree	ostruite	pervie	pervie	pervie	pervie					
	SpO ₂ %	< 90	90 < SpO ₂ < 92	93 < SpO ₂ < 95	>95	>95					
Respiro FR a/m	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5					
1											
2											
3											
4											
5											
Circolo FC bpm	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5					
1											
2											
3											
4											
5											
	PAS mmHg	<60 (<6aa) >90 (>6aa)	normale	normale	normale	normale					
S.N.C.	GSC	≤ 9	10-13	14	14	15					
	pupille	anisocoria	miosi/midriasi	normali	normali	normali					

Tabella 17: Attribuzione del codice di priorità in relazione alla valutazione della funzione respiratoria

Funzione respiratoria	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	Codice 5
Pervietà vie aeree	Ostruzione. Parziale ostruzione con severo distress respiratorio.	Pervietà Parziale ostruzione con moderato distress respiratorio.	Pervietà Parziale ostruzione con lieve distress respiratorio.	Pervietà	Pervietà
Respiro	Assente o ipoventilazione (apnea, tachipnea, bradipnea, respiro irregolare)	Presente (tachipnea, iperpnea)	Presente (dispnea, tachipnea, respiro corto)	Presente	Presente
Distress respiratorio	Severo: -uso massivo dei muscoli accessori -retrazioni evidenti -cianosi -tachibradicardia -alito pinne nasali -singole parole	Moderato: -uso moderato dei muscoli accessori -retrazioni moderate -pallore -ansietà, irritabilità -brevi frasi	Lieve: -uso minimo dei muscoli accessori -retrazioni lievi -cute rosea in grado di parlare -frequente tosse	No distress: -non uso dei muscoli accessori -no retrazioni	No distress: -non uso dei muscoli accessori -no retrazioni

TABELLA 18: Attribuzione del codice di priorità in relazione alla frequenza respiratoria (FR) e all'età in mesi o anni del bambino

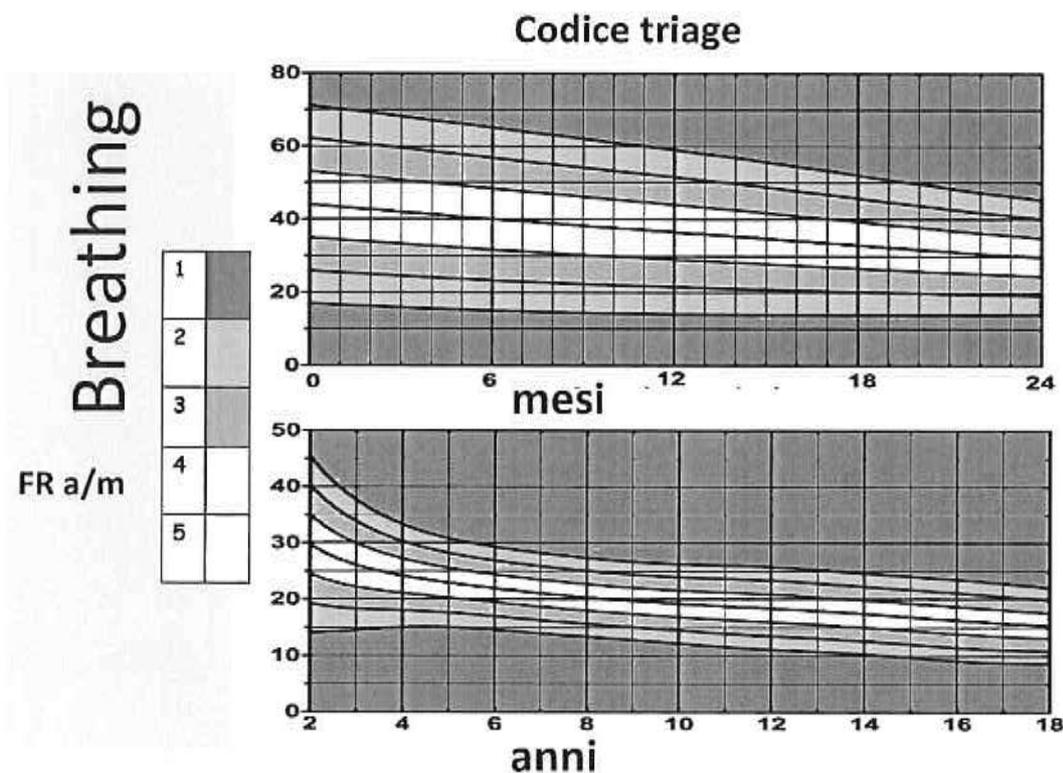


TABELLA 19: Attribuzione del codice di priorità in relazione alla frequenza cardiaca (FC) e all'età in mesi o anni del bambino.

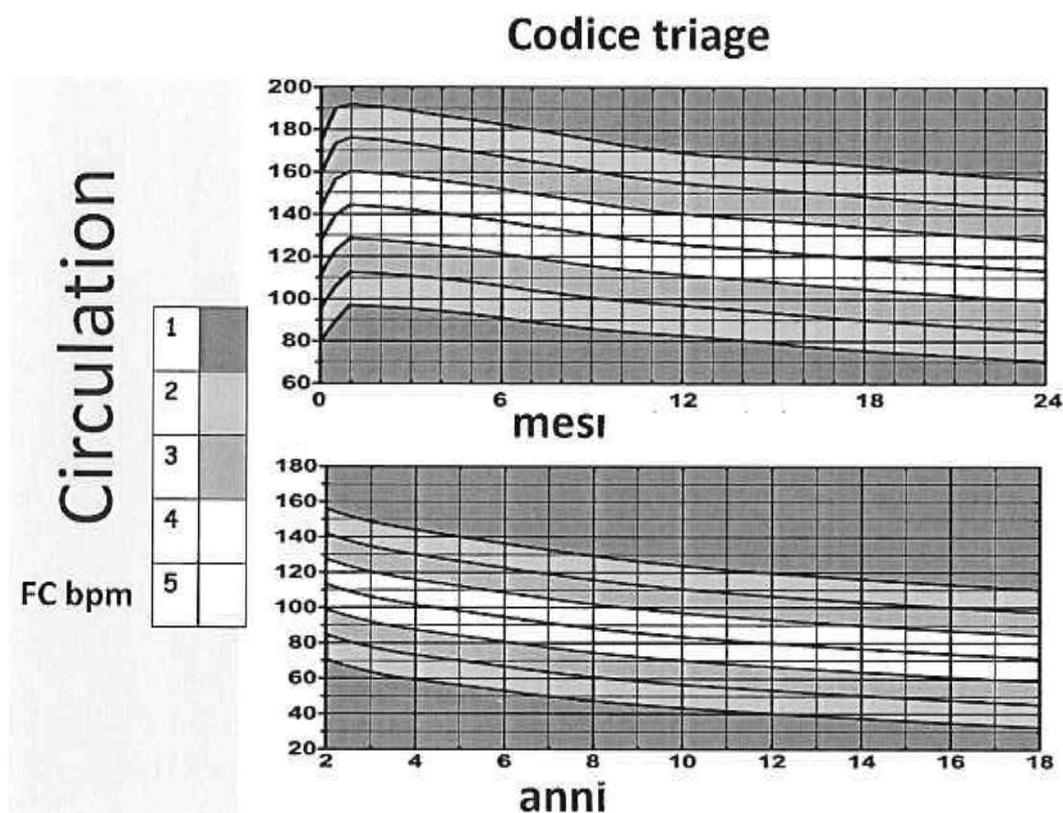


TABELLA 20: Attribuzione del codice di priorità in relazione alla valutazione della funzione circolatoria

Funzione circolatoria	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	Codice 5
Circolazione:	Circolo assente.	Circolo presente	Circolo presente	Circolo presente	Circolo presente
Compromissione emodinamica	Significativa bradicardia Severa: -polso periferico assente -cute pallida, sudata, fredda, marezzata. -tachicardia significativa. -emorragia massiva	Moderata: -polso brachiale debole. -cute pallida, fresca. -tachicardia Moderata.	Lieve: -polso periferico palpabili. -cute pallida, calda. -tachicardia lieve.	Nessuna: -polso periferico palpabili -cute rosea, asciutta, calda.	Nessuna: -polso periferico palpabili -cute rosea, asciutta, calda.

TABELLA 21: Attribuzione del codice di priorità in relazione al dolore percepito dal bambino

	PV e indici	1	2	3	4	5
Dolore acuto	scala		8-10	4 - 7	3-1	0
Dolore cronico	scala			8-10	4-7	0-3

Classificazione clinica del dolore.

DOLORE ACUTO:

- Durata limitata, si accompagna a notevole reazione di stress;
- Importante funzione biologica di campanello d'allarme;
- Di solito proporzionale al grado di danno tissutale, scompare con la risoluzione del danno;
- Spesso associato a riflessi di protezione e a risposte neurovegetative;
- Cause: traumi, interventi chirurgici, procedure mediche, stati acuti di malattia.

DOLORE CRONICO (Durata > 3 mesi):

- Perpetuato da fattori non collegati alla causa scatenante;
- Poco associato a iperattività neurovegetativa;
- Accompagnato da importante componente emotiva (irritabilità, isolamento, depressione) e alterazione del ritmo circadiano;
- Cause: patologie croniche (oncologiche, reumatiche, dolori intercorrenti, fibromialgia, neuropatia).

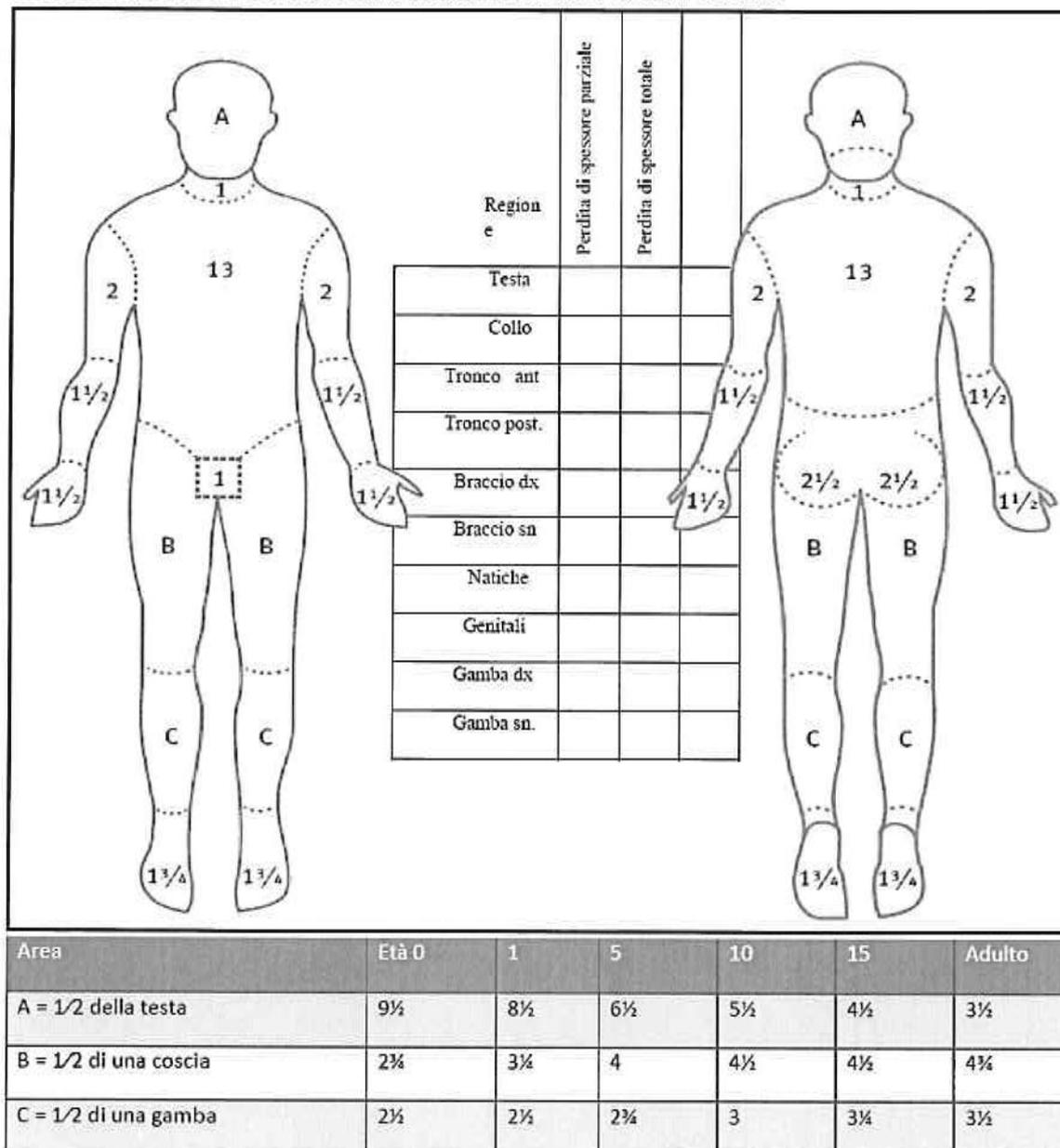
TABELLA 22: Attribuzione del codice di priorità in relazione alla temperatura corporea (TC) e all'età in mesi o anni del bambino.

		Codice triage						
		PV e Indici	1	2	3	4	5	
Exposure	T e m p e r a t u r a	Età: mesi < 1	T ≤ 32 Rash petecchiale o purpurico con aspetto settico. Rigidità nucale, fontanella bombata. Stato soporoso 	con qualunque temperatura è sempre codice 2				
		Età: mesi < 3		T < 36 °C o ≥ 38 °C	T ≥ 36 °C < 38 °C			
		Età: 3-36 mesi		T 32°C-35 °C T > 38,5 °C in condizioni di immunodepressione (neutropenia, trapianto, uso di steroidi) o con condizioni generali compromesse	T < 36 °C > 38,5 °C con condizioni generali buone	T ≤ 38,5 °C con condizioni generali buone	T ≥ 36 ≤ 37,5 °C	
		Età > 36 mesi		T 32°C-35 °C T > 38,5 °C in condizioni di immunodepressione (neutropenia, trapianto, uso di steroidi) o con condizioni generali compromesse.	T > 38,5 °C con condizioni generali buone	T ≤ 38,5 °C Condizioni generali buone	T ≤ 38,5 °C Condizioni generali buone	

TABELLA 22: Attribuzione del codice di priorità in relazione ai valori glicemici

		Codice triage					
		PV e indici	1	2	3	4	5
Iperglicemia	HGT mg/dl	FV compromesse	>300 con sintomi (dispnea, disidratazione, astenia)	>300 senza sintomi	>100 <300 (se chetonuria/ acidosi sale di un livello)	60 -100	
Ipoglicemia		FV compromesse	<55 con sintomi	<55 senza sintomi			
Al triage è utile valutare anche la presenza di chetonuria per assegnare correttamente i codici 4 / 3.							

TABELLA 23: PERCENTUALI SUPERFICIE CORPOREA



3.3. Strumenti per la Rilevazione dei Parametri Vitali

Eccetto per alcuni parametri che vengono rilevati manualmente, per altri ci si può avvalere di strumenti come:

- **Monitor Multiparametrico:** l'utilizzo del monitor per la rilevazione della pressione arteriosa non invasiva è effettuato di consueto. Ricordiamoci di rilevarla manualmente nel caso i valori ci pongono dubbi sulla veridicità del dato rilevato, in quanto spesso un polso aritmico falsa anche il valore della pressione arteriosa. Inoltre teniamo in considerazione che per la rilevazione nei bambini è sempre opportuno utilizzare bracciali consoni per evitare dati non veritieri.
- **Pulsiossimetro:** è uno strumento adeguato per monitorare rapidamente la quantità di ossigeno legato alla molecola dell'emoglobina nel sangue capillare. Vanno tenute conto le limitazioni dello strumento: ipoperfusione, anemia, ipotermia sono condizioni che alterano i valori. Non da

meno le eventuali intossicazioni da monossido di carbonio che non sono rilevabili da pulsiossimetri tradizionali, anche se alcuni di ultima generazione consentono anche la rilevazione della carbossiemoglobina.

Inoltre smalto sulle unghie e sangue incrostato, malattie vascolari periferiche, elevati livelli di bilirubina ed eccessiva luce ambientale interferiranno con una lettura accurata.

- **Termometro elettronico:** il termometro elettronico auricolare è il sistema attualmente più utilizzato; dotato di infrarossi sulla punta del beccuccio e di guaina monouso. Riflette abbastanza fedelmente la temperatura interna. Questa sede è controindicata nei casi di otite in atto, secrezioni abbondanti. I *termometri ad infrarossi* anch'essi utilizzati, sono molto utili nei casi di possibile rischio infettivo ma vincolati dalla temperatura ambientale che ne possono falsare la lettura.

4. PROCESSO DI TRIAGE

Il processo di Triage è utilizzato per determinare le priorità e i bisogni di assistenza in emergenza. Si tratta di una sequenza logica di fasi fra loro concatenate, tali da determinare un esito. L'esito è la decisione, vale a dire l'assegnazione del codice di priorità e la gestione della situazione che può tradursi in attivazione di percorsi o attuazione di misure assistenziali in relazione a protocolli definiti. La valutazione è basata su segni e sintomi presenti, sulla storia dell'evento e sulle condizioni cliniche che si rilevano.

Le quattro principali componenti della valutazione di triage sono:

1. **Valutazione immediata (sulla porta);**
2. **Raccolta dati (Valutazione soggettiva e oggettiva);**
3. **Decisione di triage;**
4. **Rivalutazione.**

Ognuna di queste fasi dovrebbe essere attuata separatamente, ma in realtà spesso l'infermiere di triage si può trovare nella condizione di svolgerle simultaneamente e a più pazienti.

4.1 Valutazione Immediata (sulla porta)

Il triage inizia quando si osserva il paziente entrare in Pronto Soccorso. Di qui l'importanza di poter vedere l'area di accesso dalla postazione di triage, in quanto si possono ottenere da subito informazioni importanti con l'osservazione che poi useremo nelle fasi successive della valutazione e per capire eventuali necessità assistenziali del paziente (per es. necessità di carrozzina/barella ecc.). Questa prima fase deve essere garantita a tutti i pazienti che accedono in Pronto Soccorso entro 5 minuti dall'arrivo.

L'infermiere osserva l'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato. Si osserva inoltre:

- *Pervietà delle vie aeree (A= airway);*
- *Respiro (B= breathing);*
- *Circolo (C= circulation);*
- *Deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza (D=disability).*

Il codice di priorità può anche essere attribuito immediatamente se l'infermiere rileva, già in questa fase iniziale, condizioni pericolose per la vita, oppure assegnato dopo una più accurata valutazione soggettiva e oggettiva. L'aspetto generale del paziente e l'ABCD sono valutati durante tutta l'interazione che l'infermiere ha con il paziente. Ogni significativa deviazione dalla norma richiede interventi immediati e non si procede con ulteriore valutazione.

- **aspetto generale:** il paziente appare sofferente o malato? o ha un aspetto salubre? Qual è la prima impressione sulla postura del paziente, sull'andatura, sul colorito, sull'interazione con gli altri e con l'ambiente? Qual è l'espressione del viso? L'espressione appare di dolore, timore, confusione? È solo, accompagnato? Magari sorretto? Giunge con mezzi propri o con ambulanza? Che atteggiamento assumono gli accompagnatori?

- **Pervietà delle vie aeree:** è presente un segno di ostruzione (per es. portarsi le mani al collo)? Il paziente assume un decubito per facilitare il passaggio dell'aria? Sono udibili rumori respiratori (stridori, sibili, rantoli)? Tosse?
- **Respiro:** osservare i movimenti toracici: sono superficiali, profondi, rapidi, lenti? c'è l'utilizzo dei muscoli accessori? Il paziente interrompe il dialogo per respirare?
- **Circolo:** colorito cutaneo. È pallido, cianotico, itterico, arrossato, marezzato? La cute è asciutta o sudata? Emorragia in atto?
- **Deficit neurologici o alterazioni dello stato della coscienza:** è vigile, assopito o irritabile?

L'obiettivo del Triage sulla porta è quello di identificare i pazienti in pericolo di vita e farsi una idea generale delle condizioni di coloro che accedono in pronto soccorso e ottenere quelle informazioni necessarie a mirare il seguito del processo di valutazione rispetto al flusso di pazienti.

4.2 Raccolta Dati

VALUTAZIONE SOGGETTIVA

La valutazione soggettiva avviene tramite l'intervista con il paziente e/o con gli eventuali accompagnatori/famigliari.

Le fonti di informazioni da reperire sono:

- Sintomo principale;
- L'evento presente;
- Il dolore;
- I sintomi associati;
- La storia medica passata.

L'intervista contempla aspetti tecnici, relazionali e comunicativi. Si tratta di un momento fondamentale del processo valutativo. In alcuni casi non è attuabile per ovvi motivi legati alla necessità di agire tempestivamente, per cui si privilegia il trattamento assistenziale-terapeutico. In questi casi è comunque fondamentale l'abilità dell'infermiere di triage di allertare prontamente l'equipe per attivare percorsi specifici, e nel gestire il flusso dei pazienti in modo da non ostacolare la gestione dell'emergenza.

È il primo approccio tra il paziente e il Pronto Soccorso e in base all'andamento di questo primo momento può dipendere un atteggiamento positivo o negativo nelle fasi successive.

Il **sintomo principale** è il problema di salute per cui il paziente si reca in Pronto Soccorso. È necessario fare una distinzione tra il sintomo principale e le "causa dichiarata". La "causa dichiarata" è una dichiarazione molto breve che descrive il motivo per cui è richiesta una visita d'urgenza, a volte coincide con il sintomo principale identificato dall'infermiere, altre volte la causa che dichiara il paziente porta l'infermiere a generare più ipotesi che danno inizio alla valutazione e che vengono confermati o smentiti in base alle notizie ricevute durante l'intervista. Al termine del processo di valutazione deve essere chiaro qual è il sintomo principale. Le domande iniziali dovrebbero essere sempre aperte in modo da offrire al paziente lo spazio per descrivere il suo problema. La conferma o la migliore definizione del sintomo principale possono avvenire anche al termine dell'intero processo di valutazione e comunque sempre prima dell'assegnazione del codice di priorità. Durante l'intervista è importante tenere sempre la mente aperte a tutte le notizie,

informazioni che ci fornisce il paziente, in quanto potrebbero comunque tornarci utili in un secondo momento.

L'evento presente è la fase del processo in cui, attraverso domande mirate, si cerca di capire e ricostruire la dinamica dell'evento che ha portato il paziente a manifestare il sintomo che ha riferito. Si analizzano quindi le circostanze dell'evento e ora di insorgenza dei sintomi, la dislocazione del problema, la descrizione del problema, il meccanismo del trauma, la progressione dei sintomi dall'insorgenza a quel momento e l'eventuale trattamento effettuato prima dell'arrivo. La ricostruzione dell'evento è fondamentale per poter formulare eventuali complicanze o ipotesi di lesioni in altre sedi. La valutazione del dolore è importante in quanto rappresenta il motivo di maggior afflusso presso i Pronto Soccorso. Compito dell'infermiere valutarlo, registrarlo ed attuare procedure assistenziali pertinenti. La scala mnemonica PQRST permette una valutazione veloce del dolore.

P (provocato/alleviato):

- “Cosa ha scatenato il dolore?”
- “Cosa lo fa migliorare o peggiorare?”
- “Cosa stava facendo quando è cominciato?”

Q (qualità):

- “Che tipo di dolore è?”

R (irradiazione/regione interessata):

- “In che zona ha dolore?”
- “È irradiato o rimane lì fisso?”

S (severità/intensità):

- “Quanto è intenso?”
- “Somministrazione di una scala di valutazione del dolore”

T (tempo):

- “Quando è cominciato?”
- “Da quanto tempo ha dolore?”
- “È costante o intermittente?”

La valutazione del dolore influisce enormemente nella decisione di triage. Non dimentichiamoci che però il dolore è un'esperienza soggettiva e che alcune categorie di pazienti percepiscono il dolore diversamente tra di loro: i bambini per esempio hanno un modo tutto loro di manifestarlo. Al contrario i pazienti con neuropatia o con alterazioni dello stato di coscienza, possono presentare una maggiore tolleranza o una diminuita percezione del dolore.

I sintomi associati sono da ricercare perché spesso i pazienti ne omettono la descrizione. Infatti riferiscono solo quello che soggettivamente ritengono rilevante, ma questo potrebbe non essere sufficiente nell'ottica di un inquadramento della priorità di un problema.

La storia medica passata è molto importante perché può aiutare nella migliore definizione del problema e quindi può influenzare la decisione di triage. Una scala mnemonica semplice è la scala **TESTA**.

T (tempo/timing/tetano): chiediamo al paziente l'ultimo episodio significativo come l'ultimo pasto, l'ultima mestruazione, l'ultima immunizzazione antitetanica, l'ultima evacuazione ecc.;

E(eventi): ricostruzione degli eventi che hanno condotto alla malattia o al trauma;

S(storia): storia medica e chirurgica passata;

T(terapie): farmaci assunti con i relativi dosaggi e orari;

A(allergie): allergie a farmaci cibi o altro con descrizione della reazione manifestatasi.

In questa sezione possono essere incluse anche le abitudini di vita, come il fumo, alcool o l'uso di sostanze tossiche.

VALUTAZIONE OGGETTIVA

La valutazione oggettiva consente di confermare, attraverso la rilevazione di dati obiettivi, l'ipotesi formulata con l'individuazione del sintomo principale.

La valutazione oggettiva si compone dell'esame fisico sul paziente integrato attraverso l'osservazione, la misurazione di dati (es., rilevazione parametri vitali) e la ricerca specifica di informazioni che possono derivare da un esame localizzato del distretto corporeo interessato dal sintomo principale. I dati che otteniamo devono essere comparati oltre che con la letteratura e la nostra conoscenza, anche contestualizzati con il paziente che abbiamo di fronte, ovvero compararli con i valori base del paziente.

La raccolta dati della valutazione oggettiva deve partire prima dal distretto corporeo interessato dal sintomo principale e quindi estendersi agli altri.

L'esame clinico mirato inizia sempre con la valutazione dell'ABCD che, nell'area di triage, sarà più approfondita di quella effettuata inizialmente "sulla porta". In questa sezione è importante:

- L'ispezione (guarda);
- L'auscultazione(ascolta);
- La palpazione (senti).

A (airway, vie aeree)

- Rumori respiratori anormali (stridori, sibili);
- Decubito preferito anormale;
- Impossibilità a parlare;
- Scialorrea o difficoltà nella eliminazione delle secrezioni;

B(respiro)

- Tachipnea, bradipnea o periodi di apnea;
- Retrazione degli spazi intercostali;
- Utilizzo dei muscoli accessori della respirazione;
- Espirazione prolungata con labbra increspate;
- Suoni respiratori diminuiti o assenti;
- Suoni respiratori anomali(rantoli).

C (circolo)

- Tachicardia, bradicardia, assenza o irregolarità di polso;
- Cute fredda, calda, sudata, pallida, marezzata, arrossata (esamina le mucose e il letto ungueale);
- Ritardato riempimento capillare;
- Polso flebile;
- Ipotensione;
- Emorragia.

D (deficit neurologici)

- Alterato livello di coscienza;
- Basso score GCS/AVPU;
- Diminuita capacità di interazione con l'ambiente;
- Incapacità di riconoscere i famigliari;
- Irritabilità insolita;
- Diminuita risposta allo stimolo doloroso;
- Tono muscolare flaccido o iperreattivo;
- Pupille anisocoriche, non reattive o deformi.

E (esposizione)

- Scoprire l'area interessata
- Deformità di un arto, contusioni;
- Petecchie, porpora, emorragie,
- Asimmetria del torace o dell'addome.

F (febbre-temperatura)

- Scoprire e palpare il paziente nella ricerca di un arto o porzione anatomica più calda di un'altra.

G (parametri vitali)

- Rilevare livello di coscienza, frequenza respiratoria, polso, misurazione della saturazione periferica di ossigeno, pressione arteriosa, temperatura, dolore. Contestualizzare se le alterazioni sono già note al paziente e stabili o di nuova insorgenza.

In combinazione con l'ispezione, la palpazione e l'auscultazione, in triage possono essere utilizzati ulteriori strumenti, se previsti dai protocolli interni, in aggiunta a quelli classici normalmente impiegati per rilevare i parametri vitali:

- Pulsiossimetro: utile per monitorare rapidamente la quantità di ossigeno legato alla molecola dell'emoglobina nel sangue capillare. Tenere presente i suoi limiti quali l'ipoperfusione, ipotermia. Inoltre smalto sulle unghie, sangue incrostato e malattie vascolari periferiche interferiscono con la lettura accurata.
- Esame della glicemia: se esiste un sospetto di ipoglicemia o la causa dell'alterazione di coscienza non è conosciuta;

- Esame delle urine: viene usato nel dolore addominale e pelvico, grazie ad apposite strisce reattive che virano nel colore;
- Elettrocardiogramma: è un esame importante da eseguire in tutti i pazienti con dolore toracico o nel sospetto di una sindrome coronarica. Importante garantire la privacy e far garantire un'immediata lettura da parte del medico con il fine di influenzare il codice di priorità;
- Monitor multiparametrico: l'utilizzo di un monitor per la misurazione della pressione arteriosa non invasiva deve essere supportato dalla conoscenza del macchinario da parte dell'infermiere e dalle necessarie spiegazioni al paziente in merito all'attività che stiamo compiendo. Se i valori rilevati non convincono è preferibile ricorrere alla misurazione manuale: infatti le macchine per la rilevazione del polso e della pressione arteriosa non sono attendibili in presenza di un polso irregolare o aritmico.

Al termine del processo di valutazione i dati raccolti portano a confermare o smentire il sintomo principale dichiarato dal paziente o eventualmente ipotizzato dall'infermiere all'inizio del colloquio. Nel caso in cui il sintomo principale inizialmente ipotizzato dovesse trovare conferma al termine della raccolta dati si procede alla decisione di triage. Nel caso contrario si procede a una nuova ridefinizione del problema.

4.3 Decisione di Triage

La decisione di triage è il culmine di un processo che porta all'attribuzione del codice di priorità. È un'attività che va dalla decisione del percorso adeguato per il paziente, all'assistenza da erogare nei primi momenti di contatto e durante l'attesa, all'attuazione di tutte le attività necessarie a ridurre il rischio derivante dall'attesa della visita medica. È un momento di autonomia e responsabilità per l'infermiere di triage, che esegue un ragionamento basato sulle condizioni presenti del paziente, sulla possibilità di complicanze entro breve e medio termine e sulla disponibilità di risorse del Pronto Soccorso. In qualunque momento della valutazione l'infermiere può determinare che il paziente necessita di cure immediate e quindi interrompere il processo di valutazione per trasferire il paziente nell'area di trattamento. Il codice di priorità non è quello rigidamente attribuito in questa fase, ma può essere modificato nella fase di rivalutazione.

4.4 Rivalutazione

La rivalutazione è un momento importante del processo di triage perché le condizioni del paziente, dopo l'assegnazione del codice di priorità iniziale, possono mutare. La rivalutazione può essere fatta ad intervalli prestabiliti, o relativamente alle condizioni di salute e al quadro sintomatologico e all'eventuale rischio evolutivo o su richiesta del paziente.

È fondamentale che il processo di rivalutazione, così come ogni altra attività eseguita sul paziente sia sempre documentata.

5 ORGANIZZAZIONE DEI FLUSSI DI TRATTAMENTO

Al termine della valutazione l'infermiere, assegnato il codice di triage, sulla base di specifiche indicazioni, può attivare il percorso più appropriato per il paziente 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. La presenza di questi flussi, risente delle decisioni aziendali prese sulla base delle risorse disponibili all'interno della struttura ospedaliera.

Negli ultimi anni si sono definiti alcuni percorsi, i PDTA (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) per le patologie tempo-dipendenti che richiedono un iter rapido e ben strutturato. Sono un esempio la rete SCA, la rete STROKE e rete TRAUMA GRAVE.

Se la criticità riscontrata è elevata, il paziente accederà direttamente in sala emergenza e la presa in carico è immediata. Vogliamo ricordare che il tempo massimo dalla presa in carico in triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso è di 8 ore.

Il *Fast Track* è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori mono specialistica (es otorinolaringoiatrica, oculistica, odontoiatrica, dermatologica, ginecologica/ostetrica), alla quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. L'avvio del percorso è scandito da protocolli aziendali, contestualizzati alle realtà locali.

6 INFERMIERE DI TRIAGE

Il triage è un processo complesso in cui l'infermiere, deve integrare conoscenze cliniche e competenze relazionali in un contesto frenetico e stressante quale il Pronto Soccorso. Tra l'altro è il primo operatore che si interfaccia con l'utente, per cui può influenzare favorevolmente tutta l'esperienza all'interno del Dipartimento d'Emergenza.

L'infermiere di triage, come tutti i professionisti sanitari deve essere in possesso delle competenze professionali di base, delle competenze tecnico- professionali specifiche e di competenze professionali trasversali.

Le capacità che sono richieste all'infermiere di Triage sono:

- *Capacità di controllo dell'emotività propria e altrui*: saper gestire tutte le situazioni che si presentano, spesso simultaneamente, senza perdere la concentrazione e mantenendo il controllo su quanto accade attorno all'operatore;
- *Capacità di adattamento*: sapersi muovere all'interno di protocolli, percorsi interni, linee guida, adattandosi alla situazione del momento;
- *Capacità organizzativa*: comprende rapidamente le situazioni, valutando e allocando al meglio le risorse disponibili;
- *Capacità decisionale*: l'infermiere di triage deve attuare scelte decisionali in tempi ristretti e spesso in situazioni caotiche e complesse;
- *Capacità comunicativa e disponibilità*: è importante che l'infermiere sappia ascoltare e rispondere in modo pertinente ed esaustivo a tutte le situazioni che ha di fronte;
- *Capacità critica*: attività di verifica della propria attività supportata dalla ricerca volta ad aumentare le proprie conoscenze, acquisendo competenza e sicurezza nel tempo. Questo permette di mantenere alta la motivazione e di perseguire livelli di performance professionali qualitativamente elevati;

Da non dimenticare è *l'ottima preparazione professionale* che verte su una buona preparazione generale, sia dal punto di vista clinico-assistenziale che per quanto riguarda l'utilizzo del processo di nursing nella identificazione dei bisogni/problemi della persona e nella pianificazione delle attività assistenziali e la *motivazione*, cioè quella spinta interiore che stimola il professionista a mettersi in discussione e ad agire al meglio delle proprie possibilità anche all'interno di contesti organizzativi complessi.

Sulla base di queste considerazioni è fondamentale una formazione continua dell'operatore per garantire la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico.

Già nel D.P.R. del 27/03/1992 si evidenziava che *"la funzione del triage viene svolta da personale infermieristico adeguatamente formato"*; successivamente le Linee guida sul triage del 2001 (G.U. 285, 07/12/2001) specificano gli ambiti della formazione *"insegnamento di base rispetto alle funzioni di triage, corsi di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali"*. Nel documento "Linee di indirizzo per il triage in Pronto Soccorso" pubblicato sulla rivista Monitor dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2012) afferma che la funzione di triage infermieristico in Pronto Soccorso richiede una formazione abilitante cui si accede con i seguenti requisiti:

- Titolo di studio e abilitazione professionale di infermiere, infermiere pediatrico o ostetrica;
- Esperienza lavorativa di almeno sei mesi in Pronto Soccorso, una volta assolto il periodo di prova;
- Titolo certificato delle manovre di supporto vitale di base adulto e pediatrico.

La formazione abilitante deve avvenire attraverso la partecipazione a uno specifico corso teorico di preparazione.

La Raccomandazione ministeriale n. 15 del 2013 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage” al punto 4.2 dichiara *“una formazione adeguata e continua riduce sensibilmente i rischi di una errata attribuzione di codice di priorità, aumenta i livelli di appropriatezza dell'intervento, nonché la qualità e la sicurezza della prestazione erogata”*. Perciò alla formazione abilitante seguirà una formazione permanente.

6.1 Formazione Abilitante

La formazione di accesso si concretizza con il superamento di uno specifico corso teorico di preparazione al Triage e un periodo di affiancamento ad un tutor esperto.

Il corso teorico di preparazione si avvale di metodologie frontali ed interattive con durata minima di 16 ore. È necessario che in esso siano previsti i seguenti ambiti formativi:

- Acquisire una metodologia scientifica che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato su segni/sintomi e rischio evolutivo;
- Acquisire capacità relazionali atte alla gestione della comunicazione non conflittuale e delle emozioni proprie e altrui e all'assertività;
- Approfondire gli aspetti relativi alla sfera della responsabilità professionale con attenzione alle attività legali legate all'attività di Triage;
- Acquisire una formazione specifica per i principali quadri clinici che si presentano in Pronto Soccorso, ai relativi segni/sintomi associati e al rischio evolutivo. Propedeuticamente entro due anni dall'inizio della formazione abilitante al triage è necessario che l'infermiere consegua certificazioni sulle tecniche di supporto delle funzioni vitali di base, sulla gestione dell'emergenza chirurgico-traumatologica e su le urgenze medico-cardiologiche.
- Acquisire la metodologia per la progettazione e aggiornamento dei protocolli di valutazione in Triage, conformemente alle Linee Guida e linee di indirizzo internazionali, nazionali, regionali;
- Acquisire competenze sulla gestione dei principali problemi del triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della famiglia;
- Acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di Triage.

A seguito della certificazione che attesta il superamento del corso teorico di Triage, segue un periodo di affiancamento con un infermiere esperto, ovvero con esperienza pluriennale (almeno due anni) in Triage, di almeno 36 ore, durante il quale in maniera sequenziale ci sarà un periodo di osservazione, seguito da un periodo di collaborazione nell'attività di triage tra affiancatore e discente e di successiva autonomia con la supervisione del tutor per poi giungere alla valutazione finale. L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di Triage sarà quindi dichiarata alla conclusione del periodo di affiancamento dal tutor. Trascorso un periodo di tre-sei mesi deve essere

realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l' idoneità definitiva all' attività di Triage.

7. STANDARD ORGANIZZATIVI

Il sistema di Triage, in base a quanto affermato dalle nuove linee di indirizzo nazionali si deve adeguare al Modello di Triage 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 deve garantire:

- l'effettiva presa in carico della persona dal momento in cui si rivolge alla struttura;
- la valutazione da parte di un infermiere adeguatamente formato;
- l'assegnazione di un codice di priorità al trattamento attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- l'identificazione dei pazienti che necessitano di cure immediate e garantirle tempestivamente;
- l'utilizzo di un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute;
- l'utilizzo del sistema di livelli di priorità;
- l'attivazione di percorsi di valutazione come Fast Track, PDTA, nell'ottica dell'ottimizzazione delle cure;
- il controllo di tutti gli accessi dei pazienti nelle aree di visita del PS;
- un sistema documentale adeguato;
- un sistema di identificazione del paziente, in linea con le evoluzioni tecnologiche (es. braccialetto, bar code);
- la gestione della lista e l'attesa dei pazienti;
- informazioni pertinenti e comprensibili agli assistiti;
- la gestione delle informazioni agli accompagnatori dei pazienti, in collaborazione con gli altri operatori del PS.

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

I protocolli sono relativi ai quadri sintomatologici più frequenti, articolati per sintomi principali, aggiornati alle migliori evidenze scientifiche del momento. Ogni struttura deve garantire un periodico aggiornamento, almeno triennale dei protocolli e si avvale di strumenti informatizzati per la registrazione dei dati raccolti.

Per garantire la sicurezza delle cure, nella elaborazione dei protocolli e procedure, è necessario considerare:

- 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 accesso al PS per il medesimo problema clinico a distanza di 24-48 ore dal primo;

- la valutazione approfondita 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.

8. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

8.1 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 l'elemento imprescindibile del sistema e deve documentare il processo decisionale che ha portato all'attribuzione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del P.S. È realizzata su supporto informatico ed è parte integrante della cartella clinica di Pronto Soccorso. Può essere cartacea o informatizzata. Costituisce prova documentale a fini giuridici.

L'obbligatorietà giuridica alla compilazione della scheda di triage deriva dagli obblighi che ha ogni professionista sanitario nel documentare tutte le azioni compiute durante il proprio operato.

La scheda deve:

- Elencare le prestazioni sanitarie erogate;
- Indicare la scelta compiuta e le motivazioni che l'hanno generata;

La scheda di Triage è considerata a tutti gli effetti *atto pubblico* e come tale deve rispondere ai requisiti di *chiarezza, veridicità, completezza e tempestività*.

Le componenti essenziali devono essere:

- Dati anagrafici del paziente e numero progressivo;
- Ora d'inizio e di fine presa in carico in Triage;
- Sintomo principale;
- Valutazione soggettiva e oggettiva basata sul sintomo principale;
- Parametri vitali;
- Patologie pregresse;
- Farmaci abitualmente assunti e terapie note;
- Farmaci assunti prima o durante l'arrivo in Pronto Soccorso;
- Codice di priorità;
- Test diagnostici effettuati e risultati ottenuti;
- Allergie note;
- Rivalutazione e cambiamenti delle condizioni della persona;
- Firma dell'operatore o utilizzo di password elettronica che permetta una chiara identificazione dell'operatore.

Il modello di Triage adottato e le procedure interne al servizio, come anche la presenza di percorsi e procedure andranno a condizionare la scheda di Triage.

8.2 Strumenti e azioni per la gestione del rischio e la qualità assistenziale

La Raccomandazione n. 15 del febbraio 2013 riconosce che il Triage è: *“un processo articolato che prevede una serie di attività con diversi gradi di complessità e come tale non scevro dalla possibilità che si verifichi un evento avverso”* ed identifica essenzialmente tre ambiti di criticità che possono condurre ad una non corretta attribuzione del codice di priorità e quindi al rischio che si verifichi un evento avverso: 1. strutturale/organizzativo; 2. assistenziale; 3. relazionale.

Al fine della prevenzione dei danni dovuti alla errata attribuzione del codice triage, anche in accordo con le indicazioni di cui alla predetta Raccomandazione n.15, le Aree Vaste dovranno:

- Adottare protocolli/procedure per la corretta attività di triage.
- Predisporre una adeguata programmazione della formazione e dell'addestramento del personale infermieristico.
- Adottare idonee soluzioni logistico/strutturali dell'area triage e delle sale di attesa.
- Prevedere una adeguata gestione del rischio clinico.
- Sviluppare l'utilizzo degli strumenti di governo clinico.

8.2.1 Protocolli/procedure

Le procedure/protocolli tendono ad assicurare al triage un elevato livello di appropriatezza e a ridurre la variabilità decisionale legata alla soggettività interpretativa sullo stato del paziente. Pertanto è fondamentale che essi siano basati su Evidence Based Medicine e Evidence Based Nursing e che siano soggetti a manutenzione costante da parte di specifico Gruppo di Lavoro di Area Vasta.

Nella elaborazione dei protocolli/procedure è necessario considerare almeno i seguenti aspetti:

- Criteri di guida decisionale per la valutazione del paziente nell'attribuzione del codice;
- Standard di personale di triage per turno;
- Identificazione del paziente;
- Passaggio delle informazioni tra il personale nelle fasi di:
 - a) Cambio turno triage;
 - b) Passaggio dal 118 al Triage del PS;
 - c) Passaggio dall'area triage alla sala visita.
- Valutazione del nuovo accesso in funzione di un eventuale accesso dello stesso paziente avvenuto nelle precedenti 48 ore;
- La rivalutazione periodica dei pazienti in attesa;
- I contenuti informativi da fornire al paziente e/o accompagnatori;
- La fase di osservazione e ascolto del paziente;
- Condizioni di fragilità, disabilità, emarginazione sociale e linguistica.

8.2.2 Formazione e addestramento del personale infermieristico addetto al triage

La formazione è lo strumento fondamentale per garantire qualità e sicurezza delle cure. Pertanto le Aree Vaste, su specifica proposta tecnica del Dipartimento di Emergenza Urgenza di concerto con le UU.OO. Formazione e gli organismi ASUR dedicati alla formazione, progettano, programmano e realizzano una attività di formazione specifica per gli operatori dedicati al triage, prevalentemente orientata allo sviluppo e manutenzione delle competenze su tre ambiti principali:

- 1) Tecnico- professionale;
- 2) Psico-emozionale (per la gestione dello stress lavorativo);
- 3) Relazionale (per l'efficace comunicazione con utenti e accompagnatori).

I risultati dell'attività formativa dovranno essere oggetto di verifiche periodiche, attraverso specifici indicatori e/o strumenti (es. questionario) al fine di monitorare il mantenimento delle abilità acquisite (livello di prestazione) degli operatori.

Infine è necessario prevedere per gli operatori triage neo assunti/neo inseriti un adeguato periodo di addestramento attraverso l'affiancamento di personale esperto.

8.2.3 Aspetti logistico/strutturali

Gli spazi del triage, che devono essere immediatamente identificabili, devono possibilmente:

- 1) Essere dimensionati in funzione dei volumi di attività;
- 2) Essere collocati attigualmente all'ingresso del PS e baricentrici rispetto alle sale visita;
- 3) Consentire il controllo dell'ingresso dei pazienti (barellati e non), delle ambulanze e dei pazienti in attesa di visita;
- 4) Prevedere uno spazio dedicato ai pazienti più complessi e che necessitano di maggiore sorveglianza;
- 5) Essere adeguati alle misure di prevenzione del contagio in caso di evento pandemico.

8.2.4 Gestione del Rischio Clinico

Con l'attivazione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (DGR n.1093/18) le attività di gestione del rischio clinico hanno avuto un significativo impulso con particolare riferimento all'incident reporting e la conseguente analisi reattiva. Pertanto al fine di rafforzare il monitoraggio degli eventi avversi che si verificano nel Triage è opportuno che le Aree Vaste individuino preliminarmente un facilitatore per il rischio clinico specificamente dedicato, rafforzando la rete di facilitatori già esistenti.

A tale figura sarà assegnato il compito di individuare, attraverso le schede di segnalazione di evento avverso approvate a livello regionale ed in uso corrente delle Aree Vaste, i casi da sottoporre ad analisi reattiva (con particolare riferimento alle tipologie indicate dal protocollo del Ministero della Salute del febbraio 2013) che dovrà essere condotta dalle competenti UO di Rischio Clinico attraverso gli strumenti specifici (Significant Event Audit – Root Case Analysis).

8.2.5 Sviluppare l'utilizzo degli strumenti del Governo Clinico per la qualità assistenziale

Il Governo clinico è ...il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei propri servizi... (Donaldson).

Pertanto è opportuno che all'interno delle UO di Pronto Soccorso, su diretta iniziativa del Direttore dell'UO, vengono adottati gli strumenti tipici del Governo Clinico (caratterizzati dal confronto sistematico fra assistenza erogata e standard/best practices) quali: Audit clinico e M&M review.

Secondo il Glossario dell'Osservatorio Buone Pratiche dell'AGENAS (di cui all'art.3 della L.24/17), l'audit clinico è una *Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico tra l'assistenza prestata e criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practices, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte. L'audit clinico non è una analisi di singoli casi clinici.*

Pertanto il Direttore dell'UO Pronto Soccorso sceglierà l'oggetto dell'Audit sulla base degli ambiti assistenziali da migliorare osservati attraverso la pratica quotidiana, coordinando lo sviluppo e lo svolgimento degli Audit stessi, da proporre alla propria equipe con una frequenza di 6/12 mesi.

Altro strumento, meno strutturato e di più agevole utilizzo, è la M & M review (Conferenza sulla Morbilità e Mortalità), che è una discussione tra pari in cui il personale impegnato in un servizio

sanitario discute su casi recenti selezionati sulla base di eventi inaspettati. Il Direttore dell'UO Pronto Soccorso selezionerà i casi, secondo criteri resi espliciti a tutta l'equipe, coordinando lo svolgimento della Conferenza, con una frequenza di 2/3 mesi.

9. TRIAGE E FRAGILITA'

All'interno dei Dipartimenti di Emergenza si sta riscontrando negli ultimi anni un aumento di casi di accesso di soggetti fragili. Di questa categoria fanno parte:

- Anziani fragili
- Le persone affette da disabilità;
- Pazienti psichiatrici;
- Vittime di violenza;
- Pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
- Stranieri (migranti, rifugiati e profughi);
- Persone affetta da HIV/HCV;
- Pazienti oncologici e persone a fine vita;
- Persone indigenti;
- Persone affette da malattie rare;
- Persone affette da dipendenze patologiche;
- Detenuti ed ex-detenuti;
- LGBT (lesbiche, gay, bisessuali e transgender).

Il paziente fragile è un paziente complesso che pone problematiche sia di valutazione che di gestione. Il triagista deve utilizzare competenze professionali, tecniche, cliniche e comunicative per esplorare non solo l'aspetto clinico ma anche quello relazionale, comportamentale del paziente, mantenendo un aspetto personalizzato, al fine di identificare sia il corretto codice di priorità che il corretto percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale che va a coinvolgere oltre al Pronto Soccorso, tutte le strutture necessarie alla sua gestione. Identificata una situazione di fragilità, l'infermiere di triage può, in base alle risorse disponibili, inserire il paziente in un percorso di gestione multidisciplinare. Al paziente fragile deve essere:

- Consentita un'attesa protratta in un ambiente idoneo al fine di prevenire i rischi di disorientamento, delirio, cadute, allontanamento;
- Garantire sorveglianza e rivalutazione continua in attesa della visita medica (per mantenere la presa in carico, per ricevere ulteriori informazioni, per identificare precocemente peggioramenti clinici o comportamenti inadeguati);
- Assegnato un adeguato tempo di attesa in relazione alla condizione di fragilità;
- Gestito l'avvio di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali mirati alla situazione presente;
- Applicato il riconoscimento e avviata la segnalazione nel sospetto di abusi e maltrattamenti;
- Implementato l'uso di procedure per la raccolta e trasmissione delle informazioni provenienti dai centri territoriali, case di riposo, ecc.

In linee generale, le condizioni di fragilità non modificano il codice di gravità e la relativa priorità, ma prevedono l'avvio di specifiche procedure assistenziali e di conforto, evitando laddove possibile

tempi lunghi di attesa. A sostegno dei pazienti stranieri, è consigliata l'introduzione della figura del Mediatore Culturale come garante di un'adeguata comunicazione.

Recentemente è stato istituito all'interno dei Pronto Soccorso il codice rosa quale attivatore di un percorso dedicato per la vittima di violenza, visibile solo al personale sanitario, che facilita il percorso di accoglienza, e l'attivazione dell'equipe multi-professionale in tempi e modalità adeguate. Il triagista deve garantire la privacy e anonimato in ambiente protetto, informare sul percorso violenza e acquisire consenso per procedere.

Un altro percorso "lilla" è stato individuato dal ministero per definire gli interventi finalizzati alla accoglienza, triage, valutazione e trattamento dei pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Per procedere alla delicata fase degli indici di sospetto assume un ruolo cruciale il clima di fiducia che si instaura tra il paziente e l'infermiere. Disporsi all'ascolto attivo con empatia e assenza di giudizio.

In particolare è consigliato rivolgersi direttamente al paziente, cercando di gestire gli interventi dell'accompagnatore; invitare poi, l'accompagnatore ad accomodarsi in sala di attesa dopo aver raccolto in dati.

Pone domande di approfondimento: durante l'intervista si informa se l'esecutore è conosciuto, il luogo e l'ora presunta della violenza e i particolari se la persona si sente di esporre. Importante chiedere se dopo l'evento si è cambiato gli indumenti e se si è lavato o se ha assunto farmaci.

Per tutte le tipologie di paziente è importante:

- Descrivere in modo particolareggiato nella scheda di triage quanto riscontrato durante l'esame fisico (per es. lesioni visibili, tipo, dimensione, zona corporea, ecc.);
- In caso di accessi ripetuti al PS, ricercare nel database i seguenti dati: numero di accessi, sintomatologia e diagnosi.

10. ASPETTI NORMATIVI E RESPONSABILITA' DEL TRIAGISTA

L'esercizio professionale infermieristico ha vissuto in questi ultimi due decenni, dal punto di vista giuridico, una serie di innovazioni. A partire dalla Legge del 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" e quindi con l'abrogazione della storica elencazione del D.P.R. 225/1974, alla definizione del proprio campo di attività e di responsabilità che con Il D.Lgs, 502 del 1992 si evince essere quello contenuto nei relativi profili professionali, nella formazione di base e post-base, nonché negli specifici codici deontologici.

A integrare il quadro normativo delle riforme dell'esercizio professionale dell'infermiere è intervenuta la legge 10 agosto 2000, n. 251 "discipline delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". In questo ultimo testo si specifica che l'infermiere agisce con "autonomia professionale" e che deve essere attribuita a lui la "diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni". Con la Legge 1 febbraio 2006, n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" si è suddiviso i professionisti sanitari in "professionisti", "coordinatori", "dirigenti" e "specialisti". Infine, il recente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto Sanità-CCNL 2018- che prevede gli incarichi professionali di infermiere "specialista" e infermiere "esperto". I primi sono coloro in possesso di un Master universitario, mentre i secondi devono aver "acquisito, competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali e attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse regioni". In entrambi i casi, specialista ed esperto, l'incarico conferisce loro compiti aggiuntivi e/o maggiormente complessi e che richiedono significative, elevate ed innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto. Nel recente panorama nazionale è stata emanata la Legge Gelli, 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale del personale sanitario", la quale si pone come una legge complessiva di riforma dell'esercizio professionale. Essa mira appunto alla creazione di linee guida pubbliche a cui tutti i professionisti sanitari "dovranno" attenersi nel loro esercizio professionale. Tali linee guida saranno redatte dalle società scientifiche accreditate e pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità. In carenza delle linee guida ufficiali, i professionisti si devono attenere alle "buone pratiche clinico-assistenziali", espressione di non facile declinazione.

10.1 Legittimità del Triage Infermieristico

L'attività di triage è stata regolamentata principalmente attraverso l'emanazione di due linee guida: una di carattere generale su sistema dell'emergenza e una più specificamente riguardante il triage.

Le linee guida generali sull'emergenza n. 1/1996 recanti l'Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria specifica alla voce "funzioni di triage": "all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di Triage come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocollo prestabiliti dal dirigente del servizio". L'attività di triage è quindi considerata obbligatoria e consiste in un primo momento di "accoglienza e valutazione dei pazienti" che deve aver luogo all'interno di "protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio". La competenza a svolgere la funzione spetta ad un infermiere adeguatamente formato. Oggi la principale fonte normativa di

riferimento è data dal profilo professionale dell'infermiere, recepito con il D.M. 14 settembre 1994, n 739. All'articolo 1, comma a, con l'affermazione "partecipa alla identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica alla persona e alla collettività", si sottolinea come l'infermiere collabora con altre figure in quanto "partecipa", si presume insieme ad altri, nell'identificazione dei bisogni di assistenza dell'individuo. In triage infatti il paziente viene prima visto dall'infermiere, che lo seleziona in base al codice di priorità e poi dal medico che provvede alla visita e alla diagnosi. Le linee guida specifiche sull'attività di triage sono state recepite nel 2001 e rafforzano l'agire infermieristico in tema di triage. Specificano infatti che l'attività di triage compete ad un infermiere con un curriculum adeguato e con un'esperienza di almeno 6 mesi in Pronto soccorso.

L'infermiere come del resto qualsiasi professionista, risponde in sede penale, civile, disciplinare. Esso risponde della corretta applicazione dei protocolli e di questa attività secondo gli usuali canoni della responsabilità colposa per negligenza, imperizia e imprudenza. Inoltre risponde della sottostima nell'assegnazione dei codici di priorità in relazione all'accaduto. Per quanto riguarda la congruità, la pertinenza e l'adeguatezza dei protocolli di triage sono di competenza del dirigente medico di Pronto Soccorso, come peraltro ribadito dall'intesa Stato-Regioni sulle linee guida del 15 aprile 1996: vi si legge che l'attività di triage è "svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio". Tali protocolli dovranno rispondere della più aggiornata letteratura scientifica in materia, dovranno cioè essere al passo con le più moderne *legis artis* del settore. I protocolli in questione devono essere basati su prove di efficacia (*evidence based medicine-evidence based nursing*). Compete all'infermiere l'attivazione dei processi di cambiamento dei protocolli in base all'esperienza maturata.

BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA

- D.P.R. n.76 del 27 marzo 1992 – Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza;
- D.M. 739/94 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere;
- D.M. 740/94 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o;
- Atto di intesa Stato e Regioni (aprile 1996 – G.U. 17/05/1996) di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 76/1992;
- D.P.R. 14 gennaio 1997, GU 20 febbraio 1997, n.42 - Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- L. n.42 del febbraio 1999 - Disposizioni in materia di professioni sanitarie;
- L. n. 251 agosto 2000 - Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica;
- Accordo tra il Ministro della Salute e Regioni del 25 ottobre 2001 (G.U. n. 285 del 07/12/2001), relativo al documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria";
- Accordo tra il Ministro della Salute e Regioni, del 22 maggio 2003 sul documento recante: Linee-guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza;
- Commissione tecnica su rischio clinico. Ministero della salute. Risk management in sanità: il problema degli errori, marzo 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf;
- Raccomandazione n.8 del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, novembre 2007;
- Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella; luglio 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1783_allegato.pdf;
- Codice deontologico dell'Infermiere, 2019;
- Codice Deontologico dell'Ostetrica/o, 2010;
- Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute: Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso, febbraio 2013;
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 281/97 tra il Governo e le Regione e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza e urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", della Presidenza del Consiglio dei Ministri, febbraio 2013;
- Percorso rosa, protocollo d'intesa per l'attivazione di procedure e strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto della violenza nei confronti delle donne anche affette da disabilità sensoriale e delle donne straniere, 2014;

- Decreto Ministeriale n.70 del 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- L. 24/2017 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- Linee di indirizzo per la definizione e l’organizzazione dell’assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO), 2017;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza”, 2017;
- D.Lgs. n. 101 agosto 2018 - Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati);
- Accordo Stato Regioni sui Documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero” del 01/08/2019. (Rep. Atti n. 143/CSR);
- D.G.R. Marche 1457 del 25/11/2019 “Recepimento Accordo Stato Regioni del 1/08/2019: Linee di indirizzo nazionale sul Triage Intraospedaliero; Linee di indirizzo nazionali sull’osservatorio Breve Intensiva e Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (Rep. Atti n. 143/CSR) – Linee di indirizzo regionale”;
- Gruppo formazione triage “Triage infermieristico, quarta edizione” Mc Graw hill, 2019;
- Ministero della Salute “Percorso Lilla in Pronto Soccorso” - Interventi per l’accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell’alimentazione, 2020.

SITOGRAFIA

- <http://www.agenas.it/>
- <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <http://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
- http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=1971
- <http://www.simeu.it/>
- www.cdc.gov/niosh
- www.anarti.it/
- www.triage.it/