



8 Maggio 2016

Verso un nuovo modello di Triage intraospedaliero

Luciano Pinto

SIMEUP - Gruppo di Lavoro OBI-Triage
Ministero della Salute

Antonio Urbino

Past-President SIMEUP

Riccardo Lubrano

Presidente SIMEUP

Battista Guidi

Coordinatore Commissione Nazionale
Triage SIMEUP

In questi giorni diversi giornali hanno diffusa la notizia che il Ministero della Salute aveva sottoposto alla Conferenza Stato Regioni un documento di “Proposta di aggiornamento delle linee guida sul triage intraospedaliero” messo a punto da un Gruppo di lavoro istituito il 12 dicembre 2012 presso il Ministero, a cui hanno partecipato rappresentanti delle Regioni e della Pubblica Amministrazione, i referenti delle principali Società Scientifiche di settore, fra cui la Simeup per la pediatria, tecnici dell’Agenas e del Ministero della Salute.

In attesa della definitiva approvazione del documento, che, come è stato scritto, rappresenta una “mini-rivoluzione” rispetto al modello di Triage in uso, riteniamo utile illustrare ai nostri soci le più rilevanti proposte di modifica dell’attuale sistema di assistenza ospedaliera in emergenza-urgenza, che, introdotto nel 1996, con le “Linee Guida sul sistema Emergenza Sanitaria in applicazione del DPR 27/3/92”, ha trovato una definitiva strutturazione nel **2001**, con “Linee Guida sul Triage intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente al Pronto Soccorso”.

Il triage viene svolto da un infermiere specificatamente formato, presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso, che opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell’attività, ed attribuisce uno dei 4 **codici di gravità a colori** (rosso, giallo, verde e bianco) per stabilire le priorità di accesso alla visita medica sulla base dei segni ed dei sintomi presenti in una persona che si presenta al P.S..

Questo modello, in cui è assente qualsiasi riferimento al Triage pediatrico, è in grave difficoltà per il crescente affollamento dei Pronto Soccorso causato dalla richiesta di prestazioni improprie che dovrebbe trovare una risposta nel territorio: gran parte dei codici verdi, che costituiscono il 70-80 % degli accessi, ed i codici bianchi

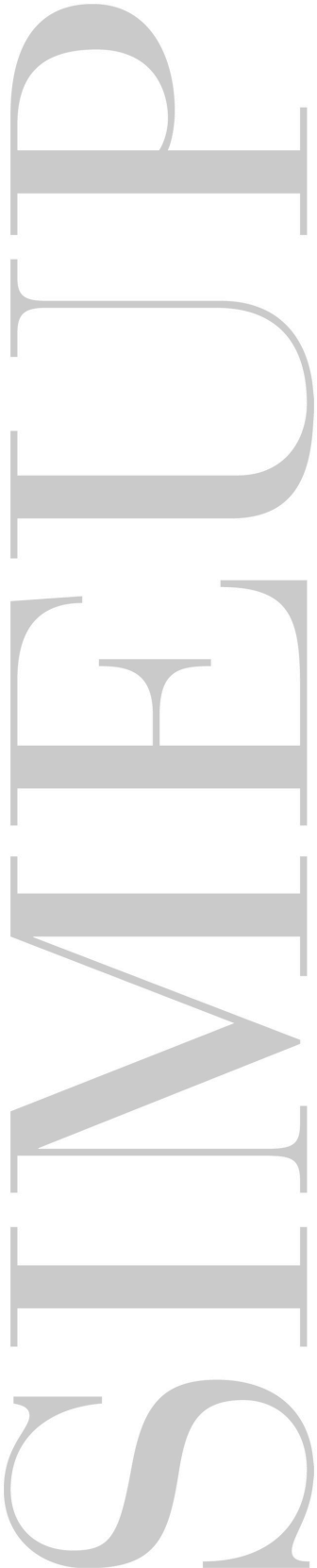
Si sente la necessità di un nuovo modello di Triage dotato di una migliore

EMERGENZA

capacità di stratificare i gradi di priorità, e che, in accordo con i moderni sistemi sviluppati in questi anni, sia basato su di una codifica a 5 livelli rispetto all'attuale sistema a 4 codici.

Il nuovo modello di Triage

- Per la prima volta si tiene conto delle peculiarità del Triage Pediatrico, dalla formazione dell'infermiere Triagista all'assistenza in PS del bambino e della sua famiglia, dalle sale di attesa riservate ai percorsi speciali per bambini maltrattati, etc
- La funzione di Triage deve essere attiva presso tutte le strutture sede di PS e garantita continuativamente nelle 24 ore.
- Il Triage in Pronto Soccorso è una funzione infermieristica, svolta da personale con appropriate competenze sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento. L'infermiere di Triage è dotato di autonomia professionale e può essere autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci, all'esecuzione di prelievi ematici ed all'inizio di trattamenti, qualora sia attività previsto da protocolli interni
- Il processo di Triage si articola in 4 fasi
 1. **Valutazione immediata** (c.d. sulla porta): deve esser garantito di norma entro 5 minuti a tutti coloro che accedono al Pronto Soccorso
 2. **Valutazione soggettiva e oggettiva**
 3. **Decisione di Triage** (assegnazione del codice di priorità, attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali, eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici)
 4. **Rivalutazione**
- Non necessariamente il codice di priorità assegnato al Triage corrisponde alla gravità del paziente; soltanto la successiva visita medica, permetterà di disporre degli elementi necessari per formulare un giudizio di gravità clinica. **In nessun caso il codice di priorità può essere usato per scopi diversi dall'individuazione della priorità dell'accesso alle cure.**
- Viene proposto un sistema di codifica a **5 codici numerici di priorità, da 1 a 5**, (Tab. 1) individuando l'ambito delle patologie da definire come "urgenza minore" nelle condizioni cliniche che rientrano nell'"urgenza differibile". Infatti il "codice verde", che è di gran lunga il più attribuito, non consente di differenziare adeguatamente i pazienti meritevoli di maggior impegno assistenziale da quelli a minore carico gestionale, esponendoli al rischio di eventi sfavorevoli o di

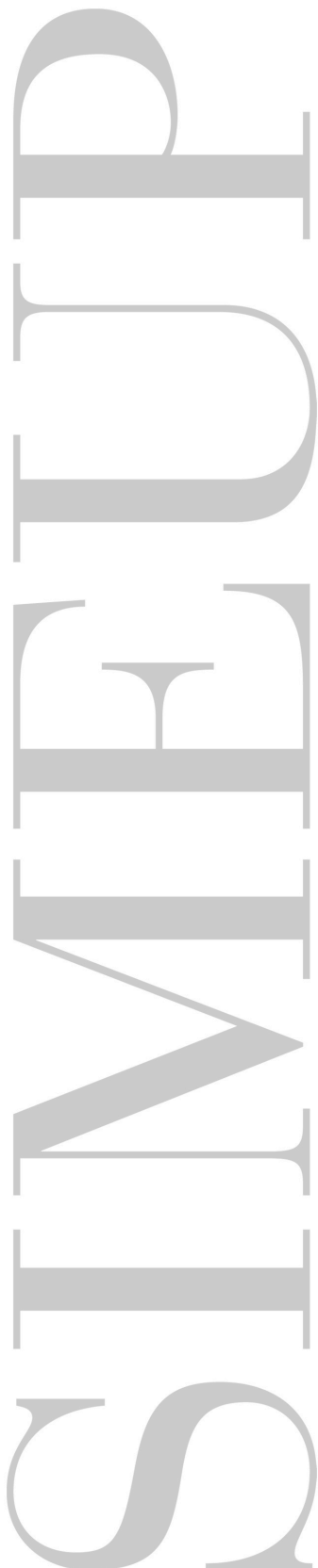


sottovalutazione. Per ognuno dei 5 codici si indica anche il **tempo massimo di attesa** per l'accesso alle aree di trattamento, che va dall'accesso immediato per l'emergenza (codice 1) all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza (codice 5)

Tab. 1 Codici 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 di compromissione delle funzioni vitali. Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	15 MINUTI
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	60 MINUTI
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	120 MINUTI
5	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	240 MINUTI

- Viene precisata la metodologia da utilizzare nella **rivalutazione** durante l'attesa della visita medica, in rapporto al codice attribuito nel Triage: monitoraggio costante con osservazione diretta o video mediata per il codice 2 (urgenza), ripetizione di parte o di tutte le fasi di valutazione per i codici 3 (urgenze differibili), 4 (urgenze minori) o 5 (non urgenze).
- L'infermiere, assegnato il codice di Triage, può attivare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) più appropriato tra quelli previsti dalla organizzazione : fra questi possono essere previsti dei percorsi diagnostico terapeutici rapidi per prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, quali il **See and Treat** (il paziente viene accolto in un'area specifica del PS dall'infermiere, che valuta in autonomia l'appropriatezza dell'accesso, ed attua le procedure previste dai protocolli, fino alla dimissione) e il **Fast Track** (per le urgenze minori di tipo mono specialistico, ad es. oculistica, etc., nella fase di Triage si attiva un percorso che prevede la dimissione diretta del paziente da parte dello specialista, ad esclusione

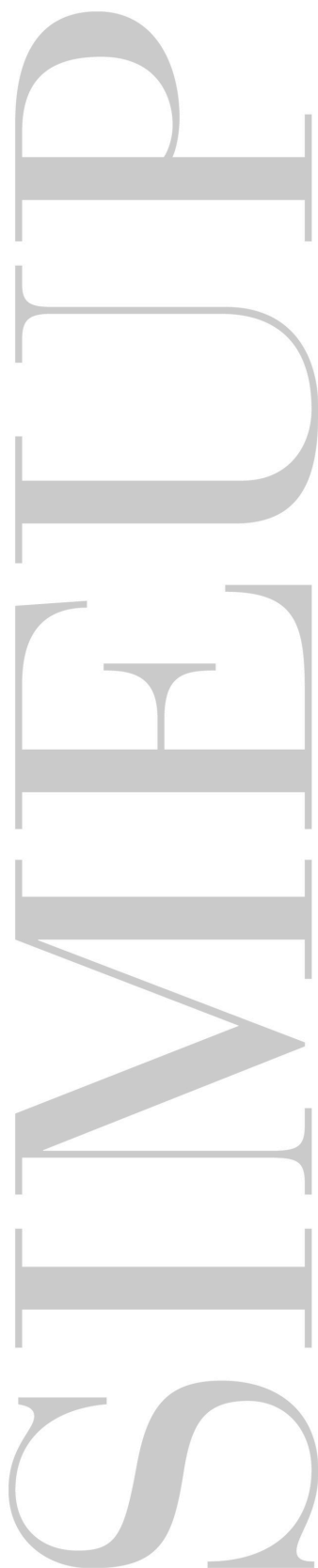


dei casi che necessitano della presa in carico da parte del medico del PS)

- Particolare attenzione viene dedicata ai maltrattamenti e agli abusi sui minori, sulle donne e gli anziani, ai disturbi della sfera psichica nell'adolescente e nell'adulto. L'infermiere di Triage concorre all'identificazione di tali condizioni, rilevando gli indicatori anamnestici e clinici di sospetto abuso, ed attivando fin dai primi istanti un percorso personalizzato e di sostegno
- Viene riconosciuta la specificità del Triage pediatrico, che si fonda sulla valorizzazione di parametri, segni e sintomi peculiari delle fasi dell'accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente) e diversi da quelli dell'adulto. Il Triage pediatrico deve essere effettuato da un infermiere specificamente formato per la valutazione e per la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia. Importante è la fase della rivalutazione a causa della variabilità del manifestarsi della condizione clinica, non sempre evidente nel bambino
- Nell'area di accoglienza del Pronto Soccorso vi devono essere anche sale riservate ai pazienti pediatrici, ai pazienti affetti da malattia potenzialmente contagiosa, alle persone in condizioni di fragilità e vittime di abuso.

Di particolare rilevanza sono le novità proposte per la Formazione di Triage

- **Per accedere alla Formazione** sono necessari titolo di studio ed abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico, ostetrico; esperienza lavorativa in Pronto Soccorso di almeno sei mesi; titolo certificato alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.
- **Per svolgere la funzione di Triage infermieristico in Pronto Soccorso** sono richieste
 - a. Una **Formazione di accesso (corso teorico** residenziale della durata minima di **16 ore**, e da un **periodo di affiancamento** a tutor esperto di durata non inferiore a **36 ore**)
 - b. Una **Formazione permanente** basata sul monitoraggio del sistema Triage a livello aziendale, (discussione di casi, eventi critici/sentinella, analisi di dati statistici, ed a livello regionale. La formazione deve essere completata entro due anni con la frequenza di un corso certificato di Supporto Vitale di Base per adulti e pediatrico, un corso sulla Gestione Avanzata delle emergenze mediche, cardiologiche, traumatologiche e pediatriche.



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

Conclusioni

Il modello di Triage all'esame della Conferenza Stato Regioni è il frutto di 3 anni di lavoro, in cui gli esperti nazionali dell'emergenza-urgenza ospedaliera si sono confrontati per superare i problemi che si sono evidenziati in questi 15 anni di esperienza.

La sostituzione del "codice di gravità" a 4 colori con un "codice di priorità" a 5 livelli numerici evita un pericoloso contenzioso che negli anni si era creato : il codice attribuito in autonomia dall'infermiere di Triage è solo un **codice di accesso alla visita medica**, e non necessariamente corrisponde alla gravità del caso.

La codifica a 5 livelli numerici, consentirà all'infermiere di Triage in di differenziare gli accessi attualmente identificati come "codice verde" in due "codici di priorità", le "urgenze differibili" e le "urgenze minori", ma richiederà il supporto di strumenti idonei a guidarlo in questa attribuzione.

La SIMEUP si sta attivando per adeguare alle nuove esigenze il Corso di Formazione sul Triage ed il "Manuale Formativo di Triage pediatrico" del 2009, e fornire agli aspiranti Triagisti ed agli infermieri di Triage, gli elementi essenziali per la corretta attribuzione del codice di priorità ad un bambino che in Italia venga condotto ad un Pronto Soccorso, sia Pediatrico che Generale.