



**AZIENDA
OSPEDALIERA
S. GIOVANNI
ADDOLORATA**

**MEDICINA I
PER L'URGENZA**
Direttore: Dr. G. Cerqua



IL FATTORE UMANO NEL TRIAGE

Fabi F. - Maccioni A - Santonati A

Timpone S. - Cerqua G.

LA LEGITTIMITA' DEL TRIAGE INFERMIERISTICO

1996 - Atto di intesa Stato/Regioni
Approvazione delle linee guida sul sistema di
emergenza sanitaria in applicazione al DPR
del 27/3/92

"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 attraverso protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".



Ne consegue che:

L'attività di triage in pronto soccorso è obbligatoria e consiste in un primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti che deve aver luogo nell'ambito di protocolli prestabiliti.



DPR n. 225 del 1974

(Mansionario delle professioni infermieristiche)

Riqualifica la figura dell'Infermiere Professionale che assume un ruolo prioritario nella gestione iniziale del paziente che affерisce in condizioni di criticità in PS (rilevazione dei parametri vitali, esecuzione di manovre rianimatorie di urgenza, esecuzione di ECG e simili).

DDL n. 42 del 1999

fine della "Professione Sanitaria Ausiliaria" La professione infermieristica assume dignità di Professione Sanitaria

- Abrogazione del Mansionario
- formazione successiva a quella di base
- acquisizione di professionalità specifiche.



IL FATTORE UMANO

Elemento pregnante della procedura di triage non solo e non tanto perché imposto dalla Legge, ma in quanto funzionale ad un approccio umanizzato ed efficace del problema dell'emergenza.

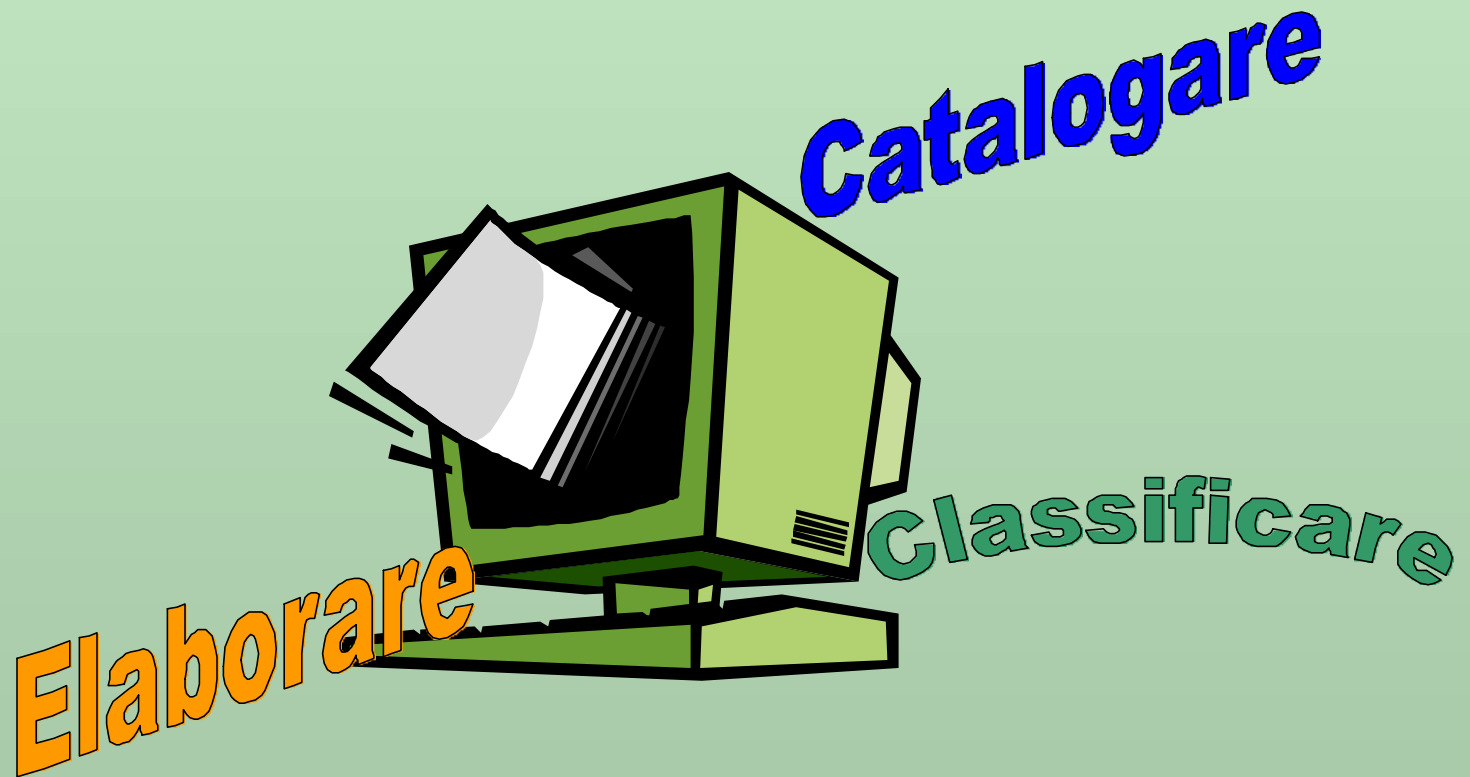


Gli obiettivi perseguiti sono:

1. Professionale interpretazione delle problematiche (addestramento in termini di sapere, saper fare, saper essere)
2. Capacità di ricondurre l'intervista con l'utente ad un rapporto umanizzato, rapporto nel quale il paziente si affida ad un interlocutore attivo.
3. Capacità di discriminare tra ciò che appare e ciò che realmente è, anche in termini di possibile evoluzione dell'evento (peggioramento della situazione clinica).



Triage informatizzato



Caratteristiche dell'Infermiere di Triage

1. avere un curriculum formativo e professionale specifico per l'area critica
2. aver frequentato un corso specifico di formazione sul triage
3. essere assegnato stabilmente al P.S.
4. essere in servizio presso il P.S. da almeno 6 mesi
5. possedere capacità comunicativa



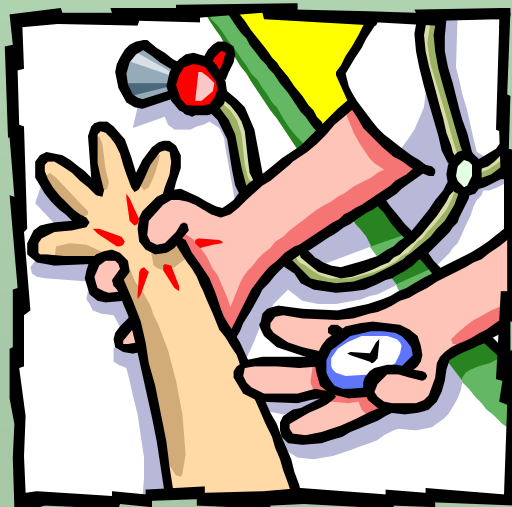
Modelli di triage

Triage, cosiddetto “**di bancone**” ove la valutazione dello stato di gravità del paziente, discende dalla raccolta di un'anamnesi infermieristica, finalizzata per problemi.



Modelli di triage

Triage cosiddetto **"globale"**, che prevede anche l'acquisizione di alcuni parametri vitali essenziali ed un esame generale del paziente. Nella stessa sede, ove necessario, possono essere intraprese alcune procedure diagnostiche e viene comunque mantenuto un interscambio di informazioni continuo anche con i congiunti in attesa.



Derlet R.: Triage

EMedicine Journal, Gennaio 2002

**Pointer JE, et al.: Can paramedics using
guidelines accurately triage patients**

Ann. Emerg. Med. Settembre 2001



ARGOMENTI DEL CORSO DI FORMAZIONE BASE DI TRIAGE:

- I fase: Ruolo e funzione del Triage - Discriminanti e valutazione di Triage
Parametri vitali: valutazione ed interpretazione - Codici di gravità
Definizioni e sistemi Rivalutazione

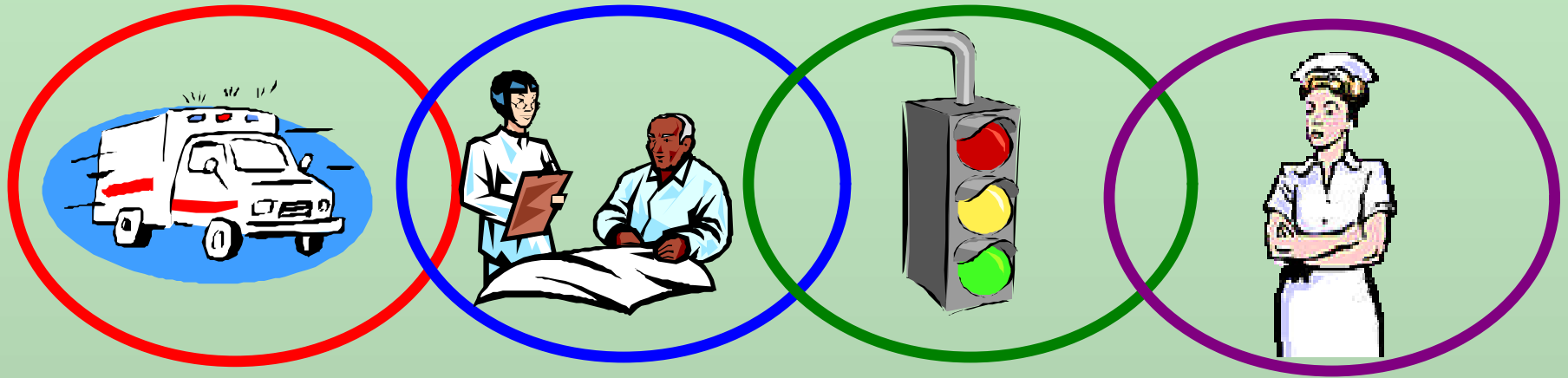
- II fase: Perdita di coscienza breve - Lipotimia - Sincope - Vertigini
Deficit di forza e/o sensibilità - Cefalea - Pz. Psichiatrico - Dolore
toracico - Dispnea - Reazioni allergiche - Dolore addominale
Emorragie digestive - Trauma generico - Trauma cranico, degli arti,
addominale e toracico - Gestione delle malattie infettive

- III fase: Problematiche relazionali nell'attività del Triage, gestione
dell'ansia e dei conflitti



INDICATORI	STANDARD	RISULTATI
Percentuale utenti registrata di cui è stato correttamente completato il verbale di triage	Vicino al 100%	98%
Individuazione corretta del sintomo/problema principale (verificata con la successiva diagnosi medica)	Possibilmente > 90%	93%
Tempi di attesa suddivisi per fasce orarie e codici di priorità	0 min. Codici Rossi Arbitrari e da costruirsi in PS per gli altri codici	0 min. C.R. 5-10 min. C.G. 20-30 min. C.V. 30-50 min. C.B.
Correttezza del codice di priorità rispetto a quello attribuito dal medico al momento dell'ingresso del paziente in sala medica	Sovrastima 25% Sottostima 2%	18% 2%

La catena del Triage



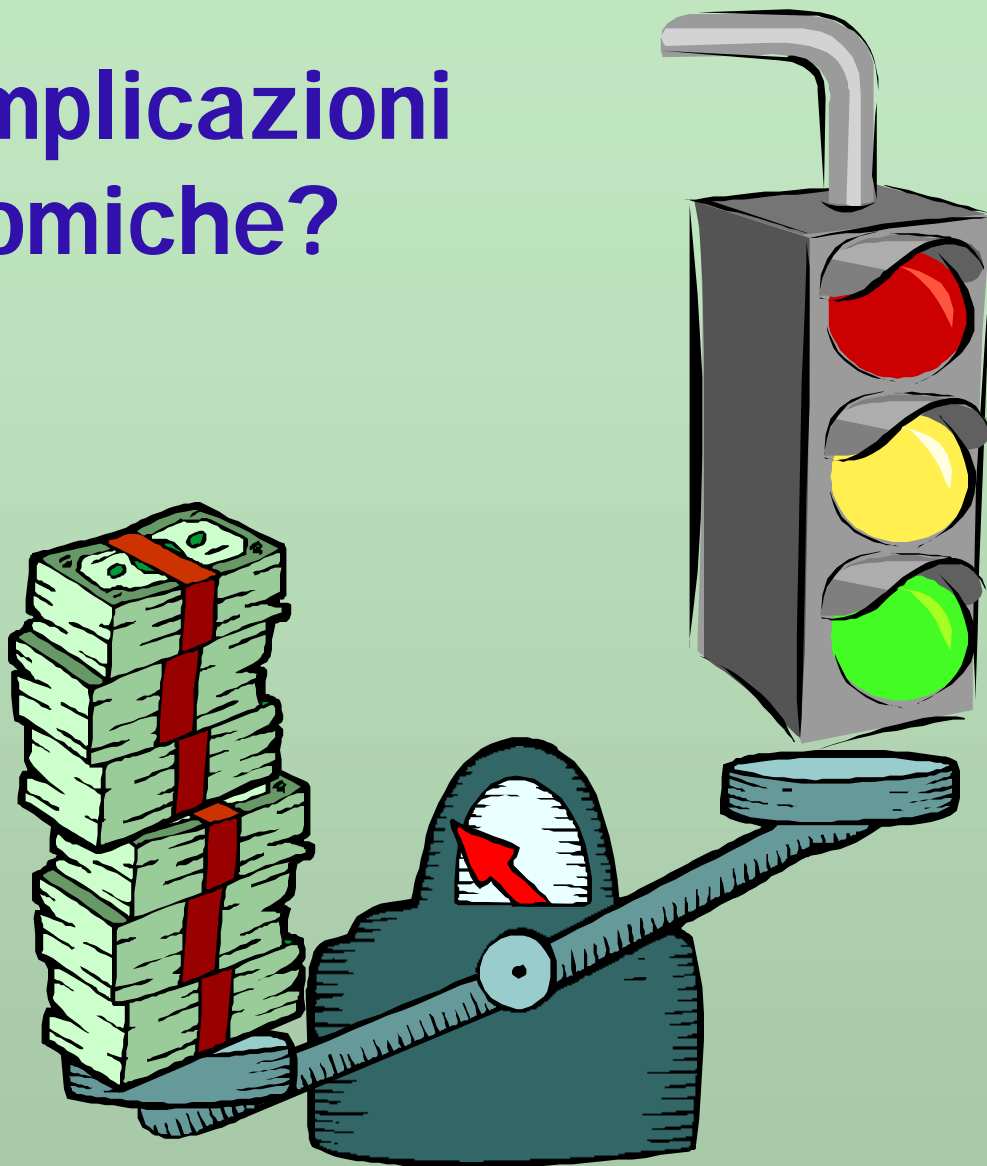
**Valutazione
sulla porta**

**Raccolta
dati**

**Attribuzione
del codice**

Rivalutazione

Quali implicazioni economiche?



Considerazioni

1. Nel 2001 Vs 2000, un netto decremento dei pazienti con codice bianco ma che nondimeno avevano avuto necessità di ricovero (nell'anno 2001: 2,7% contro il 9,9% dell'anno precedente)
2. Nel 2001 aumento dei codici verdi nel P.S. Ostetrico-Ginecologico (6299 contro 3124 dell'anno precedente). Di questi ben il 49% hanno dato esito in ricovero
3. Incremento degli accessi per patologie ORL (2430 nel 2001, rispetto ai soli 1314 del 2000). Tali patologie sono notoriamente contrassegnate da codici di priorità più bassi (verdi e bianchi) che si sono vistosamente incrementate a sfavore dei codici gialli



Considerazioni

1. A oltre 2 anni dall'inizio dell'attività di triage tutti gli altri indicatori del GFT si sono mantenuti sostanzialmente stabili, rivelando una diffusa acquisizione delle metodiche di attribuzione tra tutto il personale
2. La maggior attribuzione di codici verdi rispetto alle previsione dell'ASP non può non risentire delle fluttuazioni della popolazione in età pediatrica, che accede sempre in maggior numero al P.S.
3. L'aumento delle patologie otoiatriche descritto deve necessariamente portare ad un incremento sia dei codici verdi che di quelli bianchi e ad un calo relativo dei codici gialli.



Conclusioni

Da quanto detto scaturisce la necessità di ricondurre la funzione di triage a quello che è il suo ruolo peculiare, la corretta valutazione e la giusta attribuzione del codice di priorità e che tale funzione non può essere sacrificabile ad alcuna necessità remunerativa.

Il “**rimodellamento cromatico**” che potrebbe conseguire sarebbe una grave mortificazione ad una sanità che ha posto al centro dei suoi obiettivi i bisogni della gente e la Qualità della prestazioni.



Conclusioni

In questa ottica la discriminante umana nella gestione dell'attività di triage si rivela un fattore prezioso di elasticità interpretativa, di umanizzazione delle strutture e di miglioramento permanente, capace di adattarsi fedelmente alle inevitabili modificazioni della popolazione afferente e di affinarsi continuamente in corso d'opera.

