



# IL NUOVO MODELLO DI TRIAGE

Beniamino Susi

Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza





# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

UFFICIO V

*TRIAGE INTRAOSPEDALIERO  
AGGIORNAMENTO LINEE GUIDA*

*DOCUMENTO DI PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO  
DELLE LINEE GUIDA SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO  
(ACCORDO in Conferenza Stato-Regioni 25 ottobre 2001\*)*

# ***Normativa Italiana***

***Linee Guida sul sistema Emergenza Sanitaria in applicazione  
al DPR 27/3/92 GU 114 del 17/5/96***

***"all'interno del DEA deve essere presente la funzione di **triage**, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pz 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 **protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio**"***

# ***Linee Guida sul sistema d'emergenza sanitaria concernente "Triage intraospedaliero"***

***GU 285 del 17/12/2001***

- **Obbligatorietà per tutti i PS oltre 25.000 accessi/anno**
- **Le aziende sanitarie devono garantire le risorse necessarie**
- **Infermiere esperto (almeno 6 mesi area critica) e formato**
- **Uso di protocolli validati**
- **Rilevazione segni, sintomi e parametri vitali**
- **Rispetto della privacy**
- **Informativa utenza**

# ***Linee Guida sul sistema d'emergenza sanitaria concernente "Triage intraospedaliero"***

***GU 285 del 17/12/2001***

- **“Supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività”**
- **Articolazione del lavoro:**
  - accoglienza (raccolta dati e documentazione)
  - assegnazione codice
  - gestione attesa: RIVALUTAZIONE
- **Attivazione di sistema di verifica periodica sulla congruità dei codici assegnati**

# Coordinamento Nazionale Triage



## La premessa

- Normativa nazionale del 2001
- Mutazione del contesto di riferimento

Significative esperienze sul territorio  
Sostanziale convergenza di motivazioni ed obiettivi



# PROSPETTIVE NAZIONALI

- × Federalismo sanitario: colmare o accentuare il divario?
- × Modello unico o come negli USA?
- × Rivedere le LLGG nazionali
- × Fissare standard qualità (quanti triagisti, formazione, risorse tecnologiche, ...)
- × Gestione rischio clinico

Anno XI numero 29 2012

Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA

Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

## COORDINAMENTO NAZIONALE TRIAGE

### Gruppi di Lavoro Istituzionali:

- Gruppo analisi accessi a bassa priorità in P.S. ARéSS Piemonte Agenzia Regionale Servizi Sanitari della Regione Piemonte
- Gruppo di Lavoro su Corso Regionale di formazione sul Triage ospedaliero Regione Liguria
- Gruppo Regionale Triage Modello Lazio ASP Lazio Agenzia Sanità Pubblica Regione Lazio
- Gruppo Triage Toscano (Gruppo Regionale Formatori Triage) Regione Toscana Assessorato alla Salute – Direzione Generale diritto alla salute e politiche di solidarietà

### Società Scientifiche:

- A.N.I.A.R.T.I.: Associazione Nazionale Infermieri di Anestesia, Rianimazione, Terapie Intensive
- G.F.T. : Gruppo Formazione Triage
- S.I.M.E.U.: Società Italiana di Medicina d'Emergenza - Urgenza

### Componenti:

- Giovanni Becattini  
*Responsabile Infermieristico DEA e Medicina e Chirurgia Generale e d'urgenza AOU Careggi di Firenze. Formatore Gruppo Toscano Triage. Componente Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana*
- Duilio Braglia  
*Direttore UOC Pronto Soccorso Area Sud (Scandiano – Montecchio - Castelnuovo ne' Monti). AUSL di Reggio Emilia. Coordinatore del DEU di Reggio Emilia. Consigliere Regionale SIMEU. Presidente Nazionale GFT*

- Marina Cappugi  
*Dirigente Medico, Direzione Generale Diritti alla cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana. Gruppo Toscano Triage. Componente Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana.*

- Cecilia Deiana  
*Infermiere dirigente SC. Medicina d'Urgenza ed Accettazione - Pronto Soccorso P.O. Gradenigo Torino. Coordinatore Gruppo lavoro ARéSS Regione Piemonte. Docente Infermieristica d'urgenza e area critica Corso laurea in Infermieristica Università di Torino facoltà di Medicina e Chirurgia. Delegato Regionale ANIAR-TI Piemonte*

- Luca Gelati  
*Coordinatore Infermieristico Pronto Soccorso-118 Ospedali di Mirandola e Finale Emilia - Dipartimento Emergenza Urgenza-Azienda Sanitaria Modena. Coordinatore Nazionale Area Nursing SIMEU*

- Anna Santa Guzzo  
*Responsabile UOS Gestione del Rischio Clinico in area critica Azienda Universitaria Policlinico Umberto 1° Sapienza Università di Roma. Resp Gruppo Aziendale Triage. Gruppo Triage Modello Lazio (TML)*

- Daniele Marchisio  
*Coordinatore Infermieristico Area Omogenea SITRA A.O. C.T.O. M. Adelaide Torino. Coordinatore Gruppo lavoro ARéSS Regione Piemonte. Docente Infermieristica d'urgenza e area critica Corso laurea in Infermieristica Università di Torino facoltà di Medicina e Chirurgia. Vicepresidente Nazionale GFT*

- Luciana Moschettini  
*Infermiera DEA ACO San Filippo Neri Roma. Gruppo Triage Modello Lazio (TML)*

- Fiorella Paladino  
*Responsabile Osservazione Breve Ospedale San Paolo ASL 1 Napoli*

- Antonietta Pandolfo  
*Infermiera DEA AOU Pisa. Formatore Gruppo Toscano Triage. Componente Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana*

- Alessandro Rosselli  
*Direttore UO Medicina d'Urgenza, Ospedale Santa Maria Annunziata, AS di Firenze. Responsabile Gruppo di lavoro Regione Toscana per il progetto di miglioramento del Pronto Soccorso. Coordinatore Gruppo Toscano Triage. Coordinatore Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana.*

- Marco Ruggeri  
*Infermiere DEA AOU Careggi di Firenze. Formatore Gruppo Toscano Triage. Componente Gruppo di sperimentazione See and Treat Regione Toscana*

- Maria Paola Saggese  
*Dirigente Medico SC Pronto Soccorso ASL 4 Chivarese (GE), sede DEA 1° livello. Proboviro Nazionale SIMEU biennio 2011 - 20113. Referente del Gruppo Regionale di Coordinamento per il Corso Regionale di Formazione sul Triage Ospedaliero Regione Liguria.*

- Beniamino Susi  
*Direttore UOC Pronto Soccorso - OBI, Policlinico Tor Vergata Roma. Consigliere nazionale SIMEU e responsabile gruppo lavoro triage SIMEU. Gruppo Triage Modello Lazio (TML)*

Congresso Nazionale

**TRIAGE**

"condividere... verso il futuro..."



Riccione - Palazzo del Turismo - 21 - 22 Marzo 2013

[Home](#) | [Comitato Promotore](#) | [Segreteria Organizzativa](#) | [Moderatori e Relatori](#) | [Segreteria Scientifica](#) | [Contatti](#)

➤ **Congresso**

⌵ Congresso

⌵ Programma

⌵ Locandina PDF

⌵ **Atti Congresso**

➤ Apertura Congresso

➤ I° Sessione

➤ Tavola Rotonda

➤ II° Sessione

➤ III° Sessione

Sei qui: [Home](#) ▶ [Atti Congresso](#) ▶ [I° Sessione](#) ▶ La Proposta delle linee di indirizzo 2012 del Coordinamento Nazionale di Triage, lo spirito e gli aspetti generali.

## La Proposta delle linee di indirizzo 2012 del Coordinamento Nazionale di Triage, lo spirito e gli aspetti generali.

[Stampa](#) | [Email](#) | [Video](#)

Vota questo articolo



(2 Voti)



PROT-2012/P/E/03

Ministero della Salute  
DGPROGS  
0025478-P-15/10/2012



## Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E  
DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
Direzione generale della programmazione sanitaria  
Ufficio V e X ex DGPROG  
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma



AL PRESIDENTE SIMEU  
(SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA  
D'EMERGENZA-URGENZA)  
VIA MAURO MACCHI, 8 -  
C/O MILANO BUSINESS CENTER -  
20124 MILANO

**Oggetto:** Attivazione gruppo di lavoro per elaborazione proposta di linee guida nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva e di aggiornamento Linee guida su Triage (accordo 2001). Individuazione componente.

Si rappresenta che, su indicazione del Direttore Generale, dott. Francesco Bevere, è stato istituito, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, un gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle Regioni, dell'Age.Na.S e delle Società Scientifiche di settore con l'obiettivo di pervenire a una proposta condivisa di Linee guida nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di aggiornamento delle Linee guida sul Triage (accordo 2001).

Pertanto, al fine di consentire l'avvio dei lavori in tempi brevi, si invita codesta Società Scientifica a voler individuare un proprio referente ed a comunicarne il nominativo e i relativi recapiti, entro il 31 ottobre p.v., all'indirizzo e-mail di seguito riportato.

Si rappresenta che l'attività del gruppo di lavoro non comporta oneri per il bilancio dello Stato e, pertanto, non è previsto alcun compenso per spese di missione.

Cordiali saluti

IL COORDINATORE DELL'UFFICIO V  
dott.ssa Angela Panuccio

*Angela Panuccio*

e-mail: [a.panuccio@sanita.it](mailto:a.panuccio@sanita.it)  
tel: 06 59942107

LETT.4/SIMEU/OBI/TRIAGE





# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
UFFICIO V

“GRUPPO DI LAVORO TRIAGE- OBI ”

**Riunione del 25-26 giugno 2014**  
Verbale n. 19

Data : 25-26/06/14  
Sede incontro : *Ministero della Salute, Roma – Via G. Ribotta , 5*  
Partecipanti : Coordinatore del tavolo di lavoro: *Dr Francesco Bevere*  
(Direttore generale DGPROGS);  
componenti:

- Dr. I. Casagrande/ Dr. P. Piccioni (AcEMC)
- Dott.ssa S. Scelsi/ Dr. G. Becattini (ANIARTI)
- Dr. D. Braglia/ Dr. D. Marchisio (GFT)
- Dr. L. Pinto/ Dr. A. Urbino (SIMEUP)
- Dr.ssa C. Barletta/ Dr.ssa G. Esposito (FIMEUC)
- Dr. B. Susi/Dr. L. Gelati (SIMEU)
- Dr. G. Pia ( REG. SARDEGNA)
- Dr. F. Perlasca (REG.LOMBARDIA)
- Dr.ssa R. Rossi (REG. ABRUZZO)
- Dr.ssa F. Carle (Ministero della Salute. Dir. UFF VI DGPROGS)
- Dr.ssa L. Lispi (Ministero della Salute. Dir UFF X DGPROGRS)
- Dr.ssa A. Panuccio (Ministero della Salute. UFF V DGPROGS )
- Dr. ssa A. De Luca (AOU S. Andrea)

Le funzioni di segreteria sono svolte dalla  
*Dr.ssa M. Cristina Trotta ( coll. esterno)*  
*Uff. V DGPROG*

MALASANTITÀ A ROMA

# Al pronto soccorso in codice verde, muore sette ore dopo la visita

Il paziente, 55 anni, si era presentato all'accettazione del Sandro Pertini lamentando forti dolori addominali. Ma è stato messo in attesa perché giudicato non grave. È morto dopo il trasferimento al San Filippo Neri

di Giulio De Santis

Tagada

PRONTO SOCCORSO, MORIRE DI CODICE VERDE

DIRTTA  
7

## “Non vorrei mai essere accolta da un infermiere in Pronto Soccorso”. È bufera contro *La 7*. Ipasvi scrive a Ministero, Regioni e Procura

*La Federazione dei Collegi Ipasvi in campo dopo l'ultima puntata di Tagadà. Alcune affermazioni della conduttrice sono state giudicate offensive e pericolose. Chiesta formale rettifica alla TV di Cairo. “Si è offesa la professione infermieristica e generato un allarme infondato che provoca un danno all'assistenza, nel momento stesso in cui fa scattare nei pazienti dubbi del tutto inconsistenti sulla sua qualità”.*



**21 MAR** - La trasmissione televisiva *Tagadà* del 18 marzo, andata in onda su *La 7* "ha offeso gravemente gli infermieri e messo a rischio l'assistenza e i servizi ai cittadini". Lo sottolinea, [tramite una nota](#), la Federazione Ipasvi. Ma cosa è successo? Il caso oggetto della polemica è quello di un signore romano di 55 anni morto durante la notte alcuni giorni fa dopo essersi recato al pronto soccorso del Pertini per forti dolori all'addome e dove gli era stato assegnato un codice verde da revisionare. La revisione avviene, come riferito dalla moglie del defunto, dopo circa 30/40 minuti ma di fatto passeranno ancora alcune ore prima di rendersi effettivamente conto della gravità della situazione e richiedere il ricovero presso un altro ospedale, il San Filippo Neri, per un intervento chirurgico d'urgenza che purtroppo non avrà successo.

Sul caso sono in corso indagini interne e della procura che ha indagato 8 medici dei due ospedali. Ma è l'affermazione della conduttrice **Tiziana Panella** a scatenare l'ira dell'ipasvi "lo arrivo al pronto soccorso - dice Panella - e davanti ho un infermiere. Pur con il massimo di rispetto per la categoria, resta il fatto che quell'infermiere deve decidere della mia vita. E forse non ha studiato per quello, c'è un errore di base?" si chiede la conduttrice.

# È pace tra Ipasvi e Cecchi Paone dopo il caso *Tagadà*. “Nessun dubbio su capacità infermieri. Un errore quella frase sul Triage”

***Il noto giornalista scrive alla presidente Ipasvi per chiarire una sua frase detta in tv sulle capacità degli infermieri nella gestione del Triage. "Non ho riserve o dubbi sulla capacità della vostra categoria di esercitarne la titolarità. Resto a disposizione per ogni ulteriore approfondimento e mi considero un amico di voi professionisti sanitari".***



**16 NOV** - "Non ho riserve o dubbi sulla capacità della vostra beneamata categoria di esercitare la titolarità del triage, al netto di singoli errori, peraltro rarissimi, su cui il giudizio resta affidato alle autorità amministrative o giudiziarie". Così scrive **Alessandro Cecchi Paone** in un messaggio inviato alla presidente della Federazione Ipasvi, **Barbara Mangiacavalli**. A darne notizia l'Ipasvi sul suo sito.

Il noto giornalista e divulgatore scientifico intende chiudere così l'incidente mediatico avvenuto nel marzo scorso, quando in un suo intervento alla trasmissione *Tagadà*, aveva affermato che "l'infermiere non ha studiato per fare questo".

Il messaggio alla Federazione Ipasvi è arrivato dopo un chiarimento di persona tra Cecchi Paone e la presidente Mangiacavalli, a margine di un convegno che li vedeva entrambi coinvolti a Milano.

## **Ecco il messaggio di Cecchi Paone a Barbara Mangiacavalli.**

"Gentilissima Presidente Mangiacavalli, sono molto felice di averLa incontrata personalmente e di poterLe scrivere ufficialmente a proposito di un involontario incidente che ha seminato amarezza e sconcerto fra molte e molti suoi aderenti.

Solo di recente, ho scoperto di avere espresso più di sei mesi fa un parere su un episodio di cronaca che ha provocato reazioni contrariate sui vostri social media.

Mi spiace di non averne saputo niente prima e di non aver potuto di conseguenza intervenire prima per chiarire la mia posizione. Intanto comincio col ribadire ciò che ho sempre sostenuto convintamente privatamente e pubblicamente. E cioè che la vostra categoria è quella più vicina ai pazienti, che realmente li cura e li accudisce in tempo reale e continuativo, sulla base delle indicazioni e degli interventi terapeutici dei medici. Siete voi sempre pronti al nostro giaciglio, che con estrema competenza

30 mar  
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER |

DAL GOVERNO

5  
24

## Triage in Pronto soccorso, addio ai codici colore e infermieri protagonisti

di Barbara Gobbi

PDF

[L'ultima bozza delle linee guida sul triage intraospedaliero](#)

**Anteprima.** I quattro codici colore in soffitta e maggiore autonomia per gli infermieri. Il documento che aggiorna le linee guida sul triage ospedaliero, ora alla firma della Dg Programmazione del ministero della Salute, punta





# Ministero della Salute

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

**UFFICIO V**

*TRIAGE INTRAOSPEDALIERO  
AGGIORNAMENTO LINEE GUIDA*

*DOCUMENTO DI PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO  
DELLE LINEE GUIDA SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO*

**(ACCORDO in Conferenza Stato-Regioni 25 ottobre 2001\*)**

<u>PREMESSA</u>	3		
<u>1. DEFINIZIONE DI TRIAGE</u>	5		
<u>1.1 Finalità</u>	5		
<u>1.2 Modello di riferimento</u>	6		
<u>2. CODICI DI PRIORITÀ</u>	7		
<u>2.1 Accoglienza e attribuzione del codice di priorità</u>	9		
<u>2.2 Rivalutazione del codice di priorità</u>	10		
<u>3. ITER DI PRONTO SOCCORSO</u>	12		
<u>3.1 Ammissione in O.B.I.</u>	12		
<u>3.2 Organizzazione dei flussi di trattamento</u>	14		
<u>3.3 Percorsi rapidi (Fast Track, See and Treat)</u>	14		
<u>3.4 Organizzazione del percorso pediatrico</u>	15		
<u>4. STANDARD ORGANIZZATIVI</u>	16		
<u>4.1 Requisiti strutturali</u>	17		
<u>4.2 Risorse Tecnologiche</u>	18		
<u>4.3 Risorse Umane</u>	18		
<u>5. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</u>	19		
<u>5.1 Protocolli e procedure</u>	19		
<u>5.2 Documentazione Clinica</u>	19		

<u>5.3 Monitoraggio Eventi Sentinella</u>	20
<u>6. PRESA IN CARICO</u>	20
<u>6.1 Umanizzazione</u>	20
<u>6.2 Condizioni particolari</u>	21
<u>7. FORMAZIONE</u>	25
<u>7.1 Formazione di accesso al Triage</u>	25
<u>7.2 Formazione permanente in Triage</u>	26
<u>8. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)</u>	28
<u>8.1 Il sistema EMUR</u>	28
<u>9. SISTEMA DI VERIFICA E QUALITÀ</u>	30
<u>10. CONCLUSIONI</u>	33
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	34
<u>SITOGRAFIA</u>	35

## *1. DEFINIZIONE DI TRIAGE*

---

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi in emergenza e urgenza. La funzione di Triage deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore. I servizi di Pronto Soccorso sviluppano uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di Triage garantendo il rispetto dei criteri nazionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine è necessaria l'attivazione di gruppi multi-disciplinari (medici ed infermieri esperti) che definiscono metodi di monitoraggio del proprio sistema di Triage, elaborando ed implementando strategie di miglioramento.

## 1.1 FINALITÀ

---

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

Gli obiettivi del Triage in PS si configurano, pertanto, nel:

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

## 1.2 MODELLO DI RIFERIMENTO

---

I sistemi di Triage implementati nelle realtà italiane si ispirano a un modello che garantisce un approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi e degli elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili.

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

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

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

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

# 5 CODICI PRIORITA'

1. **EMERGENZA** : assenza o compromissione di una o più funzioni vitali. Accesso immediato
2. **URGENZA**: condizione stabile, con rischio evolutivo o dolore severo. Attivazione percorso assistenziale entro 15'
3. **URGENZA DIFFERIBILE**: condizione stabile, senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse. Attivazione percorso entro 60'
4. **URGENZA MINORE**: condizione stabile, senza rischio evolutivo che richiede prestazioni semplici. Attivazione percorso entro 120'
5. **NON URGENZA**: problema non urgente o di minima rilevanza clinica. Attivazione percorso entro 240'

## RIVALUTAZIONE

2.	<b>URGENZA</b>	<b>ACCESSO ENTRO 15 MIN</b>	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	<b>URGENZA DIFFERIBILE</b>	<b>ACCESSO ENTRO 60 MIN</b>	<b>RIPETIZIONE DI PARTE O TUTTE LE FASI DI VALUTAZIONE:</b>  - A GIUDIZIO DELL'INFERMIERE DI TRIAGE  - A RICHIESTA DEL PAZIENTE  - UNA VOLTA TRASCORSO IL TEMPO DI ATTESA MASSIMO RACCOMANDATO

			RACCOMANDATO
4.	URGENZA MINORE	ACCESSO ENTRO 120 MIN	
5.	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MIN	

## 3.2 ORGANIZZAZIONE DEI FLUSSI DI TRATTAMENTO

---

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

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

Sulla base di quanto affermato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, nel quale si indica di "realizzare all'interno di PS e DEA percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità", appare evidente come sia necessario prevedere lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici rapidi che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, facilitando, contemporaneamente, l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri.

Il **See and Treat** è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che si basa sull'adozione di protocolli per il trattamento di specifici problemi clinici preventivamente definiti. Tale modalità, diffusa nel Servizio Sanitario Inglese, è stata introdotta anche in alcune realtà del panorama nazionale (es. Regione Toscana) fornendo risultati soddisfacenti riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso, nonché nella riduzione della quota di pazienti che si allontanano spontaneamente, con conseguente miglioramento della qualità percepita dai cittadini e dagli operatori. È uno dei percorsi che può essere attivato dal Triage; il paziente è accolto direttamente in un'area specifica del Pronto Soccorso dall'infermiere dedicato. L'infermiere esperto valuta, in autonomia, l'appropriatezza dell'accesso e avvia tutte le procedure previste dai protocolli, facilitando il percorso del paziente fino alla dimissione.

Il **Fast Track** è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di protocolli validati localmente. Questo percorso prevede la dimissione diretta del paziente da parte dello specialista, ad esclusione dei casi non risolvibili con questa modalità ma che necessitano della presa in carico del problema clinico da parte del Medico dell'Emergenza.

L'adozione di tali modelli clinico-organizzativi valorizza ulteriormente la funzione di Triage, attivando percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei PS, migliorandone l'appropriatezza di trattamento.

## Organizzazione pediatrica

- Garantire presenza di genitore
  - Visitati in locali idonei
  - Percorsi differenziati
- Personale infermieristico formato
  - Gestione del dolore
  - Rivalutazione

Nei Pronto Soccorso con un numero di accessi/anno inferiore a 25.000, la funzione di Triage è assicurata da una unità infermieristica, dedicata o non, sempre nel rispetto dei criteri previsti dal presente documento. Per le grandi strutture ospedaliere, è necessario prevedere una unità infermieristica specificatamente addetta alla rivalutazione e sorveglianza della sala d'attesa post Triage, per svolgere in maniera appropriata le attività di monitoraggio sulla potenzialità evolutiva e rassicurazione dei pazienti non ancora visitati.

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

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

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

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

- Posizione strategica rispetto agli ingressi di auto e pedoni
- Ben identificabile
- Ambiente per accoglienza e registrazione pazienti
- Ambiente per rilevazione PV e attività di triage
- Sala attesa per non deambulanti(sorvegliata),e per autosufficienti con i parenti
- Ambiente per isolati
- Sala per bambini e sala per situazioni particolari

#### ***4. STANDARD ORGANIZZATIVI***

---

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

L'organizzazione specifica deve consentire di:

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

## 4.2 RISORSE TECNOLOGICHE

---

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

In particolare, la dotazione comprende anche:

- Impianto gas medicali (area compressa, Ossigeno, Vuoto)
- Defibrillatore Automatico Esterno
- Elettrocardiografo
- Materiali di consumo
- Presidi per la gestione dei codici di urgenza differibile e urgenze minori
- Farmaci

## 7.1 FORMAZIONE DI ACCESSO AL TRIAGE

---

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

La Formazione di accesso al Triage prevede i seguenti pre-requisiti:

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

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

Corso almeno di 16 ore  
Affiancamento di 36 ore

Obbligo protocollo elaborato da gruppo interdisciplinare

## RISCHIO CLINICO:

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

- Arresto cardiaco improvviso in area Triage;
- Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice Triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso (v. Raccomandazione n. 15 - Ministero della Salute);
- Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (v. Raccomandazione n. 13 - Ministero della Salute);
- Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (v. Raccomandazione n. 8 Ministero della Salute).

**TABELLA 4 – TRIAGE: tempi da rilevare (data e ora)**

<b>T<sub>0</sub></b>	<b>PRESA IN CARICO AL TRIAGE</b>
<b>T<sub>1</sub></b>	<b>INIZIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE</b>
<b>T<sub>2</sub></b>	<b>INIZIO DELLA PRESTAZIONE MEDICA</b>

<b>T<sub>3</sub></b>	<b>ESITO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO</b>
<b>T<sub>4</sub></b>	<b>INIZIO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA</b>
<b>T<sub>5</sub></b>	<b>TERMINE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA</b>

### 8.1.3. DATI DA RILEVARE NEL SISTEMA EMUR - CODICE DI USCITA DA P. S.

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

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

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

C = Paziente Critico (almeno un parametro vitale compromesso)

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

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

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

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

# SET INDICATORI (E STANDARD)

- Fast track
- Rivalutazioni
- Rilevazione PV ai codici 2
- Codici 1 che accedono subito al trattamento
- Correlazione fra codice ed esito ricovero

triage



Grazie per l'attenzione