



# IL TRIAGE QUESTO MIS.....CONOSCIUTO



Dr Beniamino Susi  
Direttore UOC PS-OBI  
Policlinico Tor Vergata Roma



# GFT

- Percorso decisionale dinamico basato sull'attuazione di un percorso metodologico scientifico capace di stabilire il grado di presunta gravità clinica presente in un soggetto ,identificabile mediante l' utilizzo di un **sistema di codifica indicante la priorità assistenziale**

# LL GG 2001

- Questo processo ,con cui i pazienti vengono selezionati e classificati in base al tipo e all' urgenza delle loro condizioni, è da distinguere dalla visita medica, in quanto l' obiettivo del triage è proprio la definizione delle priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico

# CNT

- Il triage, quale primo momento di accoglienza delle persone che giungono in Ps, è una funzione infermieristica volta alla definizione 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 di accesso al trattamento



A livello ospedaliero, la funzione di triage è attivata nelle unità operative di pronto soccorso-accettazione con oltre 25.000 accessi per anno e nei presidi che, pur essendo al di sotto dei 25.000 accessi, si trovano ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati ed irregolari (turismo stagionale, fiere, manifestazioni, ecc.).

Il triage è svolto da personale infermieristico esperto e specificatamente formato che, valutando i segni ed i sintomi del paziente, identifica le condizioni potenzialmente pericolose per la vita ed attribuisce un codice di gravità al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica. L'infermiere, presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso, opera sotto la supervisione del medico in servizio e secondo protocolli predefiniti e approvati dal responsabile del pronto soccorso o del dipartimento di emergenza-urgenza (D.E.A.).

L'attività del triage si articola in:

- > **accoglienza:**  
raccolta di dati, di eventuale documentazione medica, di informazioni da parte di familiari e/o soccorritori, rilevamento parametri vitali e registrazione;
- > **assegnazione codice di gravità:**  
tali codici, in analogia con i criteri definiti dal decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992, articolati in quattro categorie ed identificati con colore sono:
  - > codice rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure;
  - > codice giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita;
  - > codice verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;
  - > codice bianco: non critico, pazienti non urgenti;
- > **gestione dell'attesa:**  
i pazienti in attesa della visita medica possono variare (migliorare o peggiorare) le proprie condizioni cliniche, è quindi parte integrante dell'intero processo di triage la rivalutazione periodica della congruità dei codici colore assegnati.

È bene utilizzare i servizi del Pronto Soccorso per problemi urgenti e non risolvibili dal medico di famiglia, dal pediatra di libera scelta o dai medici della continuità assistenziale (guardia medica): un corretto utilizzo delle strutture sanitarie evita disservizi per le strutture stesse e per gli altri utenti.

- > Nuovo sistema informativo sanitario - NSIS - Assistenza emergenza - urgenza
- > Nuovo sistema informativo sanitario - NSIS - Specifiche per la trasmissione dati e manuali
- > Nuovo sistema informativo sanitario - NSIS - Registrazione utenti

## Cambia canale

- > La nostra salute: L'emergenza: il 118 e il pronto soccorso



- > News e Media: Raccomandazione del Ministero sulla corretta attribuzione del codice Triage



## Temi e professioni dalla A alla Z

0-9	A	B	C	D	E	F	G	H
I	J	K	L	M	N	O	P	Q
R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

Segui il ministero



- “..nel Pronto Soccorso sono assegnati i codici di gravità.....” pag 88
- Nei pronto Soccorso i pazienti vengono smistati(triage)in base a classi di gravità-urgenza caratterizzate da un codice colore” pag 102



*FOCUS guida salute 2013*

# 2012 IL TRIAGE

- Il problema non è più (o non solo) l'attivazione della metodica ,ma *se e come* i sistemi di triage hanno centrato gli obiettivi

*MONITOR n. 29 2012 anno XI*

*E' conoscenza condivisa?*



# LA CONFLITTUALITA' MEDICO- INFERMIERE IN TRIAGE:UN PROBLEMA NON ANCORA RISOLTO

B.Susi,C.Paganelli,A.Valenti,S.Bettazzi,I.Baldi

U.O .P. S.,Accettazione,Osservazione Breve

Ospedale S.Giacomo ASL RM A

ROMA

# CONCLUSIONI

- La conflittualità medico-infermiere può rappresentare una criticità al triage
- E' un' eventualità riconosciuta da medici e infermieri sia pure con frequenza diversa
- Anche i medici devono esser formati sul triage e vanno utilizzati anche audit, riunioni periodiche e protocolli condivisi

- Quale è la percentuale di medici della tua UOC formati al triage?



**• VOGUAMO PARLARE  
DEI LITIGI COI  
RADIOLOGI E/O  
CON GLI ALTRI  
CONSULENTI?**



- Il codice BIANCO è sinonimo di  
....percorso specifico o abbandono al  
proprio destino ?
- tempo previsto attesa: impossibile da  
stabilire
- Ticket

# CASO CLINICO

**Uomo di 36aa**

**30/06/2010**

## **TRIAGE**

**“riferita lombalgia da circa 1 mese e mezzo irradiato anteriormente resistente a terapia; ha eseguito il 28/06 RMN in attesa di risultato”**

**GCS 15-PUPILLE normali-PV nella norma**

**Ore 9:15 CODICE BIANCO**

Ore 9:23

**ANAMNESI:** da 1 mese lombalgia irradiata anteriormente, trattata farmacologicamente (FANS) senza esito. Lamenta epigastralgia da 3 gg; fatta RMN in attesa di risposta

**E.O.:** CG discrete, vigile, lucido, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio.

Addome trattabile, dolente alla palpazione superficiale e profonda dell' epigastrio, peristalsi +, Murphy +

# ETG EPATICA



Dipartimento di Diagnostica per Immagini,  
Imaging Molecolare,  
Radiologia Interventistica  
e Radioterapia

Direttore Prof. Giovanni Simonetti

Roma, 30/06/2010

N. Archivio: -----11741/100630114

Richiedente: Pronto Soccorso

## Ecografia Epatica e vie biliari

*Quesito clinico: colica biliare, Murphy positivo ed epigastralgia.*

L'indagine documenta marcato incremento volumetrico del fegato (d.l. 143 mm), a margini polilobati. L'ecostruttura parenchimale appare marcatamente disomogenea, micronodulare. Si segnala inoltre la presenza di almeno tre alterazioni a carattere più francamente focale, localizzate a livello del III segmento (dtm 16 mm), dell'VIII segmento (35 mm) e del II-IV segmento, quest'ultima deformante il profilo capsulare (19 mm).

I reperti appaiono di non univoca interpretazione, meritevoli di correlazione clinico-laboratoristica e videat specialistico.

Scarsa rappresentazione delle vene sovraepatiche.

Regolare il calibro della porta all'ilo (9 mm) e dell'epatocodoco (4 mm).

Colecisti contratta, apparentemente alitiasica.



# ESAMI EMATICI



Dipartimento di **MEDICINA DI LABORATORIO**  
 Direttore Prof. Giorgio Federici  
 SGQ Certificato a Norma UNI EN ISO 9001:2008 Reg. No. 7800 - MDL - A  
 SGQ Conforme alla Norma UNI EN ISO 15189:2007 att.ne Nr. 7800 - O

2

## URGENTE

Sesso: M

Provenienza: Interno  
 Ente: URGENZE

Reparto: Pronto Soccorso



D.N. 20/09/1974 C.F. DNSLSN74P20M14111  
 N. Pratica: 55831 Del: 30/06/2010 11.12.57  
 Rit.Ref.

Esame Richiesto	Risultato	U.M.	Valori di Riferimento
-----------------	-----------	------	-----------------------

### U.O.C. Laboratorio di Biochimica Clinica

Direttore Prof. Giorgio Federici

#### Chimica Clinica

Resp.: Dott. Renato Massoud

Glicemia	H	105	mg/dl	65-100
Azotemia (Urea)		36	mg/dl	10-50
Creatinina		0,77	mg/dl	0,20-1,20
Fosfatasi Alcalina (ALP)	H	372	U/L	40-120
Aspartato Aminotransferasi (AST)(GOT)	H	50	U/L	10-38
Alanina Aminotransferasi (ALT)(GPT)	H	53	U/L	10-41
Acido Urico	H	7,30	mg/dl	3,40-7,00
Gamma G.T.	H	757	U/L	8-61
LDH (Lattico deidrogenasi)		289,00	U/L	240,00-480,00 Bambini fino 1 anno: 100-900 da 1-2 anni: 100-600
Bilirubina Totale		0,59	mg/dl	0,20-1,10
Bilirubina Diretta		0,14	mg/dl	0,01-0,30
Colinesterasi (CHE)		7472	U/L	5300-12900
Albumina		4,00	gr/dl	3,40-4,80
Cloro		99	mEq/L	96-110
Sodio		138	mEq/L	133-145
Potassio		4,2	mEq/L	3,3-5,1
Calcio	H	10,5	mg/dL	8,6-10,2
Amilasi Totale	H	167	U/L	28-100
Lipasi	H	405,00	U/L	13,00-60,00

### EMOCROMO

Globuli Rossi		5,01	milioni/mm <sup>3</sup>	4,40-6,00
Emoglobina		13,5	g/dl	13,0-18,0
Ematocrito	L	40	%	42-52
Volume Globulare Medio		81	fl	80-100
MCH		27	pg	25-35
MCHC		33	gr/dl	32-37
RDW-CV		12,4	%	11,0-16,0
Piastrine		364	mila/ul	130-450
Globuli Bianchi	H	12,01	mille/mm <sup>3</sup>	4,30-10,80
Neutrofili #		9,12	mille/mm <sup>3</sup>	
Linfociti #		1,52	mille/mm <sup>3</sup>	
Monociti #		1,18	mille/mm <sup>3</sup>	
Eosinofili #		0,15	mille/mm <sup>3</sup>	
Basofili #		0,04	mille/mm <sup>3</sup>	
Neutrofili%	H	76,0	%	45,0-74,0
Linfociti%	L	12,7	%	16,0-45,0
Monociti%		9,8	%	4,0-11,0
Eosinofili%		1,2	%	0,0-7,0
Basofili%		0,3	%	0,0-2,0

**Pz posizionato in OBI**

**Cons.Chirurgica : fluidi e colonscopia, richiesto  
RICOVERO**

**01/07/2010 ore 15:39**

**RICOVERO MEDICINA:sospetta neoplasia del sigma  
con multiple lesioni epatiche ed ossee**



**IL CASO** La riforma contro gli accessi impropri all'ospedale: nel Lazio un milione e 600mila

# Medici di base, uno ogni mille abitanti ma al pronto soccorso c'è sempre la fila

**Bartoletti (Fimmg): «Giusto aggregare servizi e ambulatori»**

di MAURO EVANGELISTI

Due milacinquecento medici di famiglia a Roma, 4.800 su tutta la regione. Eppure. Eppure il pronto soccorso ogni giorno sono presi d'assalto dai codici bianchi e verdi, vale a dire casi non gravi: su circa 2.000.000 di pazienti che nel 2011 si sono rivolti ai pronto soccorso di Roma e del Lazio solo il 71 per cento sono stati qualificati come codici verdi, il 6,3 per cento come codici bianchi. Sono poco meno di 1.600.000 accessi al pronto soccorso che si potevano evitare perché avrebbero potuto essere trattati dal medico di base. Bene, la riforma annunciata dal ministro della Salute, Renato Balduzzi, prova a frenare questa anomalia che intasa il sistema dell'emergenza, garantendo studi medici associati aperti 24 ore su 24.

può che essere quella dell'aggregazione dei servizi. Anche se qualche controindicazione ci può essere». Vale a dire? «Un gruppo di medici di base che si associa e garantisce il servizio 24 ore su 24 in un quartiere di Roma può funzionare. Ma nel circondario si rischia di perdere la capillarità del servizio, perché magari nei piccoli centri dell'interland si annacqua il ruolo del medico vicino a casa, perché per una visita il cittadino rischia di dovere andare in un altro paese».

Roberto Colantonio, responsabile regionale per la medicina generale del Simef (sindacato italiano medici del territorio) osserva: «La novità del testo del governo, se non vi saranno cambiamenti, è che negli studi aperti 24 ore su 24 vi saranno non solo i medici di base, ma anche specialisti ambulatoriali. E dovrebbero essere possibili anche esami diagnostici. Questo consentirebbe anche una riduzione delle liste di attesa, non lo sottovalutiamo». E dovrebbe ridurre anche la diffidenza dei cittadini. Nel dettaglio: oggi molti romani preferiscono affollare i

un determinato orario, potrà continuare ad andare dal suo medico, ma sa che a qualsiasi ora, in quello studio, troverà altri bravi professionisti, anche degli specialisti e ci sarà l'opportunità di essere sottoposti ad esami».

Per il medico di famiglia cambierà il modo di lavorare: oggi il tetto massimo di pazienti assistiti è a quota 1.500. In linea di massima, a seconda del numero dei pazienti, la busta paga media è di 4.000-5.000 euro mensili, anche se poi, sottolinea, i medici di famiglia, da questa cifra vanno tolte le spese per l'organizzazione dello studio e le imposte. Nel Lazio è partita anche una sperimentazione dei medici di base che, in locali

adiacenti al pronto soccorso, assistono codice bianchi e verdi (ad esempio a Tor Vergata, Sant'Andrea, San Camillo, Grassi). Sono gli Ambumed e hanno causato qualche critica da parte di medici

## Statistiche



Caratt. Interv.

Dati Clinici

Risorse

Intervallo di F

Dinam. Ev.

Luogo Ev.

Mod.Acces.

Urg.Triage

Patologia



## Statistiche



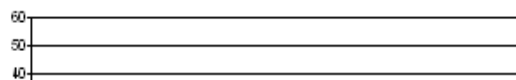
Intervallo temporale di selezione: 01/01/2012 - 30/09/2012

Condizioni:

## Priorita al Triage

Livello di priorità al triage	N. pazienti	% pazienti
Rosso: Soggetto in condizioni di	1136	3,2%
Giallo: Soggetto in condizioni di	8888	25,0%
Verde: Soggetto in condizioni di	21132	59,6%
Bianco: Soggetto che non prese	3726	10,5%
Non eseguito	600	1,7%
<b>Totale</b>	<b>35482</b>	<b>100,0%</b>

## Interventi per livello di priorità



Prec. Pagina Succ.

Chiudi

Zoom

Stampa

Setup

Export



## Statistiche

Caratt. Interv. Ter

Dati Clinici Tria

Risorse Carico

Intervallo di Riferiment

Dinam. Ev. Box

Luogo Ev. Esito

Mod.Acces. Diagnosi

Urg.Triage

Patologia



## Statistiche

Intervallo temporale di selezione: 01/01/2012 - 30/09/2012

Condizioni: **Urg.Triage: Verde: Soggetto in condizioni di urgenza differibile (affetto da f**  
**lieve)**

## Esito Intervento

Esito finale	N.	%
A domicilio	14836	70,2%
Inserito per errore	23	0,1%
Ricoverato	1448	6,9%
Trasferito	398	1,9%
Trasferito al PS Richiedente	7	0,0%
Deceduto in P.S.	11	0,1%
Rifiuta ricovero	1552	7,3%
Non risponde a chiamata	2379	11,3%
Paziente si allontana spontaneamente	475	2,2%
<b>Totale</b>	<b>21129</b>	<b>100,0%</b>

Prec. Pagina Succ.

Chiudi

Zoom

Stampa

Setup

Export

# CONCLUSIONI

- Triage parte integrante formazione medico d' emergenza
- Puntuali nel contrastare notizie inesatte sulla metodologia da parte della stampa o delle stesse istituzioni
- Il codice colore deve accompagnare il paziente solo nel periodo che intercorre fra il suo arrivo al Ps e l' entrata in sala visita;poi .....comincia un' altra storia ,ma non è piu' TRIAGE