

Linee guida per la corretta effettuazione del triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna

1 - Introduzione

I Sistemi di triage in Emilia Romagna sono nati nei primissimi anni Novanta sulla base delle necessità dei Servizi anticipando quelli che sono diventati i principali e fondamentali riferimenti legislativi a valenza nazionale:

- Linee guida sull'emergenza n° 1/1996 (pubblicate sulla GU n° 114 del 17 Maggio 1996) recanti "l'atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 Marzo 1992";
- Atto di Intesa tra Stato e Regioni pubblicato sulla GU n° 285 del 7 Dicembre 2001;
- Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n° 23 del 17 Gennaio 2005 "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Emergenza Urgenza".

I Sistemi di Triage nascono ed insistono nei Servizi di Pronto Soccorso per espletare le primarie funzioni di:

- accoglienza degli utenti che afferiscono presso il Pronto Soccorso;
- identificazione e riconoscimento delle priorità di accesso alle prestazioni;
- determinazione dell'area di trattamento più idonea;
- regolamentazione del flusso dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso;
- valutazione continua e rivalutazione dei pazienti che attendono in Pronto Soccorso;
- erogazione di informazioni relative agli utenti in carico al Pronto Soccorso.

I singoli Servizi possono identificare ulteriori proprie funzioni da attribuire agli Infermieri o agli altri operatori che possono integrare la funzione stessa (come ad esempio procedure amministrative o gestionali) sempre considerando che si tratta comunque di un processo clinico/assistenziale primario.

I Servizi debbono prevedere al loro interno specifiche modalità di divulgazione rivolte all'utenza in modo da fornire esaustive, puntuali e trasparenti informazioni rispetto alle modalità di strutturazione e gestione dei propri Sistemi di Triage, delle modalità organizzative e dei criteri di funzionamento adottati.

2 - I modelli operativi

Si conoscono diversi modelli operativi di triage in Pronto Soccorso ed anche le realtà operative hanno sviluppato articolazioni molto differenziate fra loro. I principali elementi che hanno condotto a queste differenziazioni sono:

- strutture ambientali;
- modelli organizzativi;
- risorse a disposizione.

Il diversificato panorama di strutture di Pronto Soccorso che sono presenti sul territorio della RER può comunque contemplare due principali modelli operativi di Triage:

- A. sistema Spot Check;
- B. sistema Globale.

Il sistema **Spot Check** (“*controllo saltuario*”) si caratterizza per *non* avere un operatore infermiere *dedicato* alla funzione di triage. Si tratta del sistema applicabile nelle piccole strutture con ridotto numero di accessi nelle 24 ore, dove la necessità di accogliere, valutare e assegnare la priorità di accesso alla cure per i pazienti che afferiscono non è continuativa. Questo modello prevede che l’Infermiere che opera in Pronto Soccorso svolga la funzione di triage solo quando necessario o a chiamata dell’utente.

Il sistema **Globale** sostanzialmente si applica a tutte le altre strutture di Pronto Soccorso medio grandi e contempla la presenza (anche per fasce orarie) di almeno un Infermiere dedicato allo svolgimento della funzione di Triage.

Entrambi questi modelli operativi prevedono il rispetto di alcuni requisiti fondamentali quali:

- regolamentazione degli accessi definita dalla codifica di triage stabilita dall’Infermiere attraverso il Codice Colore;
- utilizzo di 4 livelli di priorità definiti (Codici Colore);
- svolgimento della funzione solo da parte di personale Infermieristico del sistema di emergenza;
- standard di valutazione definiti in relazione alla tipologia applicata;
- documentazione delle decisioni assunte e delle attività svolte.

3 - Standard organizzativi e di valutazione dell’utente

I modelli operativi adottati devono prevedere la definizione di standard di valutazione che sono utilizzati dagli operatori che svolgono la funzione di triage.

Il processo contempla le seguenti 5 fasi:

1. accoglienza
2. valutazione
3. codifica di priorità
4. trattamento
5. gestione dell’attesa

Per tutte queste fasi deve essere previsto lo standard applicabile nella struttura comunque non inferiore a quelli sotto riportati.

Accoglienza: tutti gli utenti che afferiscono al Pronto Soccorso sono accolti da un Infermiere formato all’attività di triage.

Valutazione: tutti gli utenti che necessitano di una prestazione sanitaria o sociale al Servizio sono valutati nei loro bisogni da un Infermiere formato all’attività di triage.

Codifica di priorità: tutte le richieste di prestazioni sanitarie o sociali degli utenti che afferiscono ai Servizi di Pronto Soccorso sono codificate dall’Infermiere addetto alla funzione di triage secondo le definizioni ed i criteri stabiliti per ciascun livello di priorità.

Trattamento: l’Infermiere addetto alla funzione di triage mette in atto le misure di trattamento delle problematiche sanitarie e sociali presentate dagli utenti che afferiscono al Pronto Soccorso se-

condo quanto stabilito dagli specifici documenti presenti presso il Servizio; si fa garante dell'attuazione di tutte le misure, i provvedimenti e le manovre di Emergenza per quanto di propria competenza professionale.

Gestione dell'attesa/Rivalutazione: l'Infermiere addetto alla funzione di triage è responsabile dell'assistenza ai pazienti presenti presso il Servizio che hanno già identificato la loro priorità di accesso alle cure mediche, ma che attendono per tale prestazione.

Standard di valutazione dell'utente

Il processo di valutazione degli utenti deve prevedere la raccolta di informazioni, l'individuazione di segni e sintomi, la rilevazione di parametri e l'elaborazione dei dati rilevati.

Per l'espletamento di questo complesso processo assistenziale l'Infermiere si avvale delle proprie competenze professionali, delle conoscenze ed abilità acquisite durante il percorso di formazione e di addestramento alla funzione di triage e della propria esperienza, nonché degli altri professionisti con i quali collabora ed interagisce.

Gli elementi della Valutazione sono alla base del processo decisionale che esita con l'assegnazione del codice di priorità.

Spot Check Triage	Triage Globale
<p>Gli standard di Valutazione risentono dei contesti organizzativi e della effettiva disponibilità di personale elusivamente addetto alla funzione di triage, ma prevedono comunque elementi fondamentali, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accoglienza degli utenti; - valutazione soggettiva condotta tramite intervista, rilevazione di sintomi ed osservazione di segni; - rilevazione dei parametri vitali (Polso, Pressione Arteriosa, Saturimetria); - codifica di priorità; - interventi e trattamenti salvavita; - documentazione dell'attività; - rivalutazione e gestione dell'attesa a richiesta dell'utente. 	<p>Gli standard di Valutazione sono sempre garantiti e NON risentono dei contesti organizzativi e della disponibilità di personale sanitario. Prevedono i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accoglienza degli utenti; - valutazione soggettiva condotta tramite intervista, rilevazione di sintomi ed osservazione di segni; - valutazione oggettiva condotta attraverso la rilevazione dei parametri vitali e l'esame fisico; - codifica di priorità; - interventi e trattamenti specifici; - documentazione dell'attività; - rivalutazione e gestione dell'attesa con criteri predeterminati.

Parametri da considerarsi elementi imprescindibili del processo di valutazione: costituiscono il riferimento principale del processo di valutazione. Si tratta di quegli elementi e parametri che forniscono i dati e le informazioni necessarie alla definizione del codice di priorità; in particolare:

- Valutazione di segni e sintomi principali e correlati.
- Intervista mirata alla raccolta di informazioni relative a:
 - Ø evento presente;
 - Ø storia medica passata.
- Parametri vitali.
- Esame fisico mirato.

4 - Operatori

La funzione di triage è propriamente svolta solo da Infermieri del sistema di emergenza.

I modelli operativi possono prevedere la presenza contemporanea di più operatori Infermieri e/o di personale di supporto (tecnico o amministrativo) che coadiuva l'Infermiere responsabile della funzione.

Si può espletare la funzione di triage solo dopo aver acquisito i seguenti requisiti:

- aver frequentato uno specifico corso di formazione ed addestramento della durata minima di 12 ore;
- aver acquisito una esperienza di lavoro in Pronto Soccorso di norma non inferiore a 6 mesi previo inserimento ed addestramento operativo con guida e tutoring di un Infermiere esperto nell'attività di triage.

I Servizi dovranno prevedere opportune procedure di inserimento degli operatori con relative verifiche del raggiungimento dei livelli di apprendimento necessari.

La funzione di triage, fatto salvo il possesso delle competenze necessarie, è svolta di norma a rotazione da tutto il personale infermieristico del Servizio.

Per il mantenimento delle competenze deve essere previsto un percorso formativo specifico di ricertificazione almeno ogni 3 anni.

5 - Sistemi a livelli di priorità - codifiche

Tutti i sistemi triage, indipendentemente dal modello operativo, devono prevedere 4 livelli di codifica della priorità di accesso alle cure mediche attraverso l'utilizzo dei Codici Colore: Rosso, Giallo, Verde e Bianco.

I codici colore per la categorizzazione delle priorità sono così definiti:

CODICE ROSSO (il paziente è in pericolo di vita):

Il Codice Rosso ha la priorità assoluta ed entra direttamente in Sala Emergenza. Emergenza clinica, paziente con Funzioni Vitali (Coscienza, Respiro, Circolo) compromesse e/o cedimento di una delle funzioni vitali.

CODICE GIALLO (il paziente è in potenziale pericolo di vita):

Pazienti con minaccia imminente di cedimento delle Funzioni Vitali (Coscienza, Respiro, Circolo);

Particolari aspetti contribuiscono all'assegnazione del codice:

- intensità del sintomo;
- parametri vitali alterati correlati al sintomo principale;
- patologie tempo dipendenti.

Per i pazienti a cui è stato attribuito il "codice giallo", l'accesso alla visita medica è, compatibilmente con altre urgenze/emergenze in atto, quasi immediato.

Il tempo di attesa non dovrebbe comunque superare i 20 min ed è necessaria una rivalutazione infermieristica dopo 5-15 min dalla prima e comunque in relazione allo stato clinico del paziente.

Poiché il codice attribuito al triage stabilisce la priorità di accesso alla visita, è fondamentale che il processo venga completato nei tempi previsti.

Nel caso in cui, il paziente non sia trattato entro 20', deve essere rivalutato, controllando che non siano insorte condizioni per classificarlo come codice rosso.

In ogni caso, trascorsi ulteriori 15', il codice giallo confermato deve essere valutato da un medico che stabilirà il percorso in funzione della successiva eventuale attesa".

Sulla base degli spazi strutturali a disposizione, l'infermiere colloca il paziente direttamente in ambulatorio o in area limitrofa in modo che il medico effettui la prima valutazione e la presa in carico.

CODICE VERDE:

Paziente che necessita di una prestazione medica differibile (non necessita di una valutazione medica immediata e non ha segni/sintomi della severità descritta per i codici rossi e gialli); al momento della valutazione presenta le funzioni vitali integre e i parametri vitali nella norma. L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi e gialli.

CODICE BIANCO:

I criteri (tutti presenti) per attribuire un codice bianco sono:

- non vi è alcuna alterazione delle funzioni vitali;
- non è presente alcuna sintomatologia critica o a rischio di aggravamento;
- la sintomatologia è minore o è presente da qualche giorno o è cronica;
- l'utente potrebbe trovare soluzione al problema utilizzando i percorsi sanitari alternativi al PS (MMG, Pediatri di libera scelta, Guardia Medica, Specialistica Ambulatoriale Esterna).

L'accesso agli ambulatori avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi.

Esistono alcuni criteri e parametri trasversali ai livelli di codifica che gli operatori debbono sempre tenere in considerazione nella differenziazione del codice di priorità:

- età anagrafiche estreme (bambini, grandi anziani);
- utenti portatori di handicap;
- protocolli interni, particolari procedure o limiti delle singole organizzazioni dei Servizi (come ad esempio l'accessibilità ad alcune prestazioni specialistiche in fasce orarie limitate);
- livello di dolore, tipologia del/i sintomo/i principale/i, livello/i di alterazione di uno o più parametri vitali.

Nell'attribuzione del codice di priorità i principali strumenti di riferimento sono:

- sintomo/i principale/i;
- parametri vitali;
- scala visio/analogica del dolore;
- Glasgow Coma Scale;
- indici di trauma maggiore.

6 - Organizzazione

I Servizi di Pronto Soccorso possono prevedere differenti modalità organizzative per la gestione degli accessi, dei percorsi e delle problematiche degli utenti che vi afferiscono come gli accessi diretti a reparti o servizi specialistici, procedure o percorsi brevi, ambulatori dedicati all'interno o all'esterno del Pronto Soccorso.

I Servizi possono prevedere specifiche procedure o modalità organizzative per la gestione di alcune problematiche, situazioni o percorsi in relazione alla loro strutturazione organizzativa o alle loro disponibilità di risorse (come ad esempio la gestione dei pazienti in stato di abuso etilico o vittime di violenze).

I Servizi che intendono dotarsi di percorsi differenziati per la gestione di specifiche problematiche debbono descriverli in specifiche procedure o protocolli concordati con i Servizi o le Unità Operative esterne al Pronto Soccorso e validati dal Direttore del Servizio e a disposizione dell'Infermiere addetto alla funzione di triage.

7 - Documentazione

L'attività di triage deve essere documentata in ogni sua fase, con particolare rilevanza per gli aspetti che concorrono alla determinazione del codice di priorità.

I principi base che sottendono alla documentazione dell'attività di triage sono:

- che sia documentata tutta l'attività;
- che sia storicizzata e conservata come da normative correnti relative alla documentazione sanitaria;
- che non sia modificabile da altri;
- che contempli la precisa rintracciabilità ed identificazione del professionista che ha agito una parte o l'intero processo di triage.

I Servizi possono dotarsi di differenti strumenti per la documentazione dell'attività di triage, cartacei od informatici; in entrambi i casi deve essere prevista la registrazione dei seguenti elementi:

- dati anagrafici del paziente (o codice identificativo unico in caso di assenza dei riferimenti);
- data ed ora di accettazione presso il Pronto Soccorso (coincidente con l'inizio del processo di Triage);
- numero progressivo;
- sintomo principale;
- valutazione soggettiva ed oggettiva;
- parametri vitali;
- interventi e trattamento effettuato;
- codice di priorità attribuito;
- rivalutazione;
- firma o password dell'Infermiere che ha svolto la valutazione.

8 - Documentazione di riferimento

I Servizi debbono dotarsi di opportuni strumenti per la definizione dei percorsi assistenziali e gestionali (es. percorsi brevi o accessi diretti) che fungano da riferimento per l'attività di Triage.

I Servizi debbono dotarsi inoltre di strumenti scritti (es. procedure, protocolli, linee guida) che fungano da riferimento all'attività clinico/assistenziale espletata dagli Infermieri addetti al Triage: standard di valutazione, criteri per l'assegnazione del codice di priorità, standard di rivalutazione.

La documentazione di riferimento deve essere elaborata in condivisione con il personale infermieristico che svolge la funzione di Triage ed approvata dal Direttore del Servizio.

9 - Strumenti per la verifica dell'attività

I Servizi debbono predisporre un piano di rilevazioni sistematiche di alcuni dati ed indicatori relativi all'attività di Triage che contempli:

- Dati informativi sull'attività:
 - Ø numero mensile ed annuale di accessi suddivisi per codice di priorità assegnato;
 - Ø numero mensile ed annuale di utenti avviati a percorsi brevi.
- Indicatori:
 - Ø n° di schede di Triage correttamente compilate / n° totale di schede di triage compilate;
 - Ø n° di audit attivati annualmente su eventi avversi, criticità, non conformità segnalate.

10 - Attività del personale infermieristico di PS.

Il grado elevato di autonomia professionale raggiunto dall'infermiere nell'ambito dell'emergenza-urgenza e' un fatto ormai acquisito. Tale autonomia è evidente nello svolgimento della funzione di triage e nella continua evoluzione degli strumenti professionali utilizzati.

Di seguito si riportano alcune indicazioni che, partendo da alcune esperienze regionali, hanno l'obiettivo di focalizzare ambiti di sviluppo della funzione svolta dall'infermiere di PS sia in triage sia nelle aree di trattamento dei pazienti.

Tali indicazioni rappresentano un primo passo verso una più ampia definizione del ruolo infermieristico nei PS della Regione.

In relazione all'organizzazione del singolo PS/PPI si individuano di seguito le attività che il gruppo di lavoro condivide possano essere svolte in autonomia dal personale infermieristico del PS:

A - Prescrizione effettuate da parte del Medico di Medicina Generale o dal Medico di Continuità Assistenziali

Nel caso in cui si presenti in ps/ppi un utente con prescrizione effettuata da parte del Medico di Medicina Generale o dal Medico di Continuità Assistenziali di prestazioni specialistiche urgenti (entro 24 ore):

- l'utente viene indirizzato dall'infermiere di Triage, direttamente al CUP o allo specialista laddove presente secondo le modalità previste dal contesto organizzativo locale se lo stesso non riferisce sintomi riferibili ad una patologia acuta;
- in caso di pazienti con sintomi acuti in atto questi vengono valutati dall'Infermiere di Triage ed accettati.

B - Possibilità di effettuare in PS pratiche assistenziali/terapeutiche in autonomia da parte di Personale infermieristico svolte in presenza di protocolli, procedure, istruzioni operative sottoscritte dal medico responsabile dell'UO e dal Coordinatore infermieristico.

La rilevazione svolta in alcuni PS ha messo in evidenza esperienze nelle quali l'accettazione e il trattamento di alcune particolari tipologie di pazienti vengono svolte in autonomia da parte del personale infermieristico.

Tali esperienze finalizzate a velocizzare e migliorare il percorso del paziente, devono trovare applicazione in ambito regionale avendo presente le seguenti raccomandazioni:

B1 -Ambiti nei quali il percorso del paziente può essere svolto sotto la responsabilità dell'infermiere e dei quali riportano alcuni esempi:

- medicazioni e bendaggi di ustioni di 1° grado a estensione corporea limitata;
- rifacimento di bendaggi semplici;
- riposizionamento "stecca di Zimmer";

- trattamento di ferite ed abrasioni ad interesse del solo tessuto cutaneo;
- trattamento di eritemi localizzati;
- rimozione punti di sutura su ferite della cute;
- puntura di insetto localizzata;
- rimozione di zecca.

B2 - Ambiti di miglioramento dell'attuale livello di integrazione professionale medico-infermiere per l'ottimizzazione dei percorsi del paziente

- anticipazione terapeutica per il trattamento del dolore;
- cateterizzazione vescicale per sostituzione catetere e ritenzione acuta di urina;
- trattamento dell'iperpiressia.

C - Possibilità autonoma del personale infermieristico di inviare direttamente al medico specialista, in presenza di protocolli procedure sottoscritte dal medico responsabile dell'UO, pazienti con specifici segni e sintomo di pertinenza specialistica.(durante orario di attività)

In tale ambito devono quantomeno rientrare i seguenti segni e sintomi:

- acufeni;
- algia oculare, bruciore, lacrimazione;
- calatio;
- cisti sebacee para-auricolari;
- corpo estraneo(in vagina, nel naso, oculare, ecc.);
- emorragia congiuntivale non in terapia coumadinica;
- ferite semplici e abrasioni;
- ipoacusia;
- irritazione da lenti a contatto;
- lente a contatto dislocata;
- leucorrea;
- otalgia acuta;
- presenza di corpo estraneo orecchio;
- richiesta di contraccezione del "giorno dopo";
- sanguinamento vaginale minore;
- sintomatologia infiammatoria legata all'apparto genitale esterno;
- tappo di cerume;
- traumatologia minore degli arti.

D - Possibilità del personale infermieristico di avviare autonomamente iter diagnostici specifici in presenza di protocolli procedure sottoscritte dal medico responsabile dell'UO

Sulla base di specifici protocolli e procedure possano rientrare in tale ambito le seguenti prestazioni oltre a quelle già consolidate (es. ECG, Combur test, stick glicemico,).

- prelievo di campioni ematici per esami di laboratorio;
- Gravindex.

Richiesta di altre indagini diagnostiche per le quali è stata predisposta una specifica indicazione da parte del Direttore della U.O. di PS.

11 - Codice d'uscita dopo prestazione di Pronto Soccorso

Ai fini della codifica del codice d'uscita dopo prestazione di Pronto Soccorso ritiene opportuno utilizzare la seguente

- C = Paziente Critico;
- A = Paziente Acuto;
- UD = Paziente Urgente Differibile;
- NU = Paziente Non Urgente.

Motivazioni:

- L'attività di Triage è normata sia a livello nazionale che regionale ed è caratterizzata dall'assegnazione di Codici di priorità all'accesso alla visita medica distinti nei colori Rosso, Giallo Verde e Bianco 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 dagli stessi colori rosso, giallo, verde e bianco analoghi a quelli assegnati con tutt'altra finalità dall'infermiere triagista.
- Questa duplice attribuzione di codici colore in entrata ed in uscita crea confusione sia al personale operante nel Pronto Soccorso (medici ed infermieri) che agli utenti stessi con secondarie ripercussioni specie nei confronti degli infermieri.
- Tale confusione ha determinato anche la richiesta di confronti come criteri di accreditamento tra 2 valutazioni (% codici gialli in entrata vs % codici gialli in uscita) che non hanno nulla a che vedere tra loro, infatti non si deve mai confondere la priorità dell'accesso alla visita rispetto alla gravità clinica complessiva.

Si ritiene quindi necessario, dando per ratificata la definizione come codici colori quelli assegnati dall'infermiere triagista, identificare una specifica modalità di definizione del caso in uscita.

La possibilità di assegnare un codice numerico rischia di essere confondente con le codifiche del sistema 118 che valuta la gravità da 1 a 4 ove l'1 sottende la non urgenza mentre il 4 rappresenta il paziente deceduto.

Si ritiene quindi che esprimere il codice d'uscita come descrittivo della acuzie clinica del paziente possa essere una possibile soluzione suddividendola nelle seguenti codifiche: C = Paziente Critico, A = Paziente Acuto, UD = Paziente Urgente Differibile e NU = Paziente Non Urgente.