



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 10/23 del 16.3.2023

Linee di indirizzo per il modello organizzativo per percorsi omogenei di Triage in Pronto Soccorso della Regione Autonoma della Sardegna



SOMMARIO

1.	DEFINIZIONE	3
2.	ASPETTI GENERALI	3
3.	OBIETTIVI	3
4.	MODELLO DI RIFERIMENTO	4
5.	IL SOVRAFFOLLAMENTO	5
6.	PERCORSI RAPIDI	6
6.1	Fast Track	6
6.1.1	Modello organizzativo	7
6.1.2	Standard professionali	8
6.2	Passaggio in carico a specialista	8
6.3	Campi di applicazione	9
6.4	See and Treat	9
7	IL SISTEMA DI CODIFICA	10
8	RIVALUTAZIONE	11
9	PRONTO SOCCORSO SPECIALISTICO	12
9.1	Pediatrico	12
9.2	Ostetrico	13
10	FRAGILITÀ	13
11	ATTIVITÀ SVOLTE IN TRIAGE	14
12	PROTOCOLLI	15
13	SCHEDA DI TRIAGE	16
13.1	Punteggio Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA)	18
14	RISORSE	18
14.1	Strutturali e tecnologiche	18
14.2	Risorse umane	19
15	FORMAZIONE	20
15.1	Formazione di accesso al <i>triage</i>	20
15.1.1	Corso Teorico	20
15.1.2	Periodo di affiancamento	21
15.2	Formazione permanente in <i>triage</i>	21
16	NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)	22
16.1	Il sistema EMUR	22
16.1.1	Dati da rilevare nel sistema EMUR– tempi	23
16.1.2	Dati da rilevare nel sistema EMUR – Codice di uscita da P.S.	24
17	SISTEMA DI VERIFICA E QUALITÀ	24
17.1	Modalità organizzative	25
18	CONCLUSIONI	26
19	BIBLIOGRAFIA	27



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1. Definizione

Il *Triage* rappresenta il primo momento d'accoglienza per le persone che giungono in Pronto Soccorso (PS); è una funzione infermieristica volta all'identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione di segni, sintomi, parametri vitali e potenziale rischio evolutivo. Il *triage* è in grado di garantire la presa in carico degli utenti e di definire l'ordine di accesso al trattamento.

È doveroso precisare altresì che la funzione di *triage* generalmente non riduce i tempi di attesa, ma permette una redistribuzione e una razionalizzazione degli stessi, a favore degli utenti che presentano necessità di interventi urgenti.

2. Aspetti generali

La funzione di triage deve essere garantita nelle 24 ore, o per tutto il periodo di apertura del Servizio, presso tutte le strutture di Pronto Soccorso della Regione Sardegna.

Nei PS con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno il triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva. Nelle strutture con meno di 25.000 accessi l'anno è possibile prevedere l'attribuzione della funzione di triage ad un infermiere dedicato anche ad altre attività all'interno del PS, purché venga garantito il rispetto dei criteri previsti nel presente documento e nelle altre disposizioni di legge.

Il triage in PS viene svolto da infermieri, appartenenti all'organico del Pronto Soccorso, che sono stati formati secondo gli standard regionali e che risultano in possesso di tutti i requisiti previsti dalle disposizioni nazionali vigenti. Nel rispetto dei criteri regionali e del loro miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale, ogni Pronto Soccorso deve sviluppare uno specifico progetto per ottimizzare la propria attività di triage. Con questa finalità, presso ogni realtà operativa o a livello aziendale, è raccomandata l'attivazione di un gruppo permanente multi-professionale per l'attività di triage, composto da medici e infermieri esperti operanti in PS, inclusi pediatri e infermieri pediatrici, responsabili medici e infermieristici del servizio. Questo team ha il compito di elaborare/implementare le strategie di miglioramento, definire e condurre l'attività di monitoraggio e verifica dell'operato locale.

Per assicurare un'accurata conoscenza del sistema di triage, dei protocolli in uso e del conseguente corretto funzionamento dell'attività lavorativa, è indispensabile una formazione specifica del personale medico operante in PS.

3. Obiettivi

Gli obiettivi fondamentali del *triage* in Pronto Soccorso sono:

- a. rapida identificazione delle persone che necessitino di cure immediate, al fine di garantirne il tempestivo inoltro al trattamento;
- b. attribuzione, per tutti gli utenti, di un codice di priorità che regoli l'accesso alle cure, in relazione alla criticità delle condizioni rilevate nonché del possibile rischio evolutivo;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- c. definizione, per tutti gli utenti, della sede più adeguata al trattamento, anche mediante l'attivazione, ove previsto, di specifici percorsi di trattamento e/o di *fast track*;
- d. sorveglianza delle persone in attesa di visita e rivalutazione periodica delle condizioni;
- e. gestione della comunicazione delle informazioni ad utenti e familiari, con la finalità di ridurre l'ansia e di garantire un'adeguata e costante presa in carico.

4. Modello di riferimento

Il modello del "*Triage* Globale", al quale i sistemi di *triage* attivati nelle realtà regionali sarde devono ispirarsi, è fondato su un approccio olistico alla persona e ai suoi familiari. Tale modello prevede la realizzazione della valutazione infermieristica sulla base della raccolta di dati soggettivi e oggettivi, della considerazione di significativi elementi situazionali e dell'effettiva disponibilità di risorse della struttura in cui opera.

I presupposti fondamentali collegati a questo modello di *triage* sono quindi:

- a. la realizzazione dell'effettiva presa in carico della persona, dal momento in cui si rivolge al Servizio;
- b. la garanzia di una valutazione professionale da parte di personale Infermieristico adeguatamente formato;
- c. l'assegnazione, al termine della valutazione di *triage* e per qualsiasi utente, del codice di priorità in considerazione di tutti i problemi di salute del paziente, delle sue necessità di cura e del potenziale rischio evolutivo;
- d. l'utilizzo di un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- e. la gestione di un sistema documentale adeguato (protocolli e scheda di *triage*).

Il processo di *triage*, metodologicamente, si deve articolare in quattro fasi:

1. valutazione sulla porta: consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale dell'utente, con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato;
2. raccolta dati, che si compone:
 - a) della valutazione soggettiva, effettuata essenzialmente attraverso l'intervista (anamnesi mirata in relazione ai sintomi);
 - b) della valutazione oggettiva, la quale consiste nella rilevazione dei segni, dei parametri vitali e nell'analisi della documentazione clinica, ove disponibile;
3. decisione di *triage*: si concretizza con l'assegnazione del codice di priorità e nell'eventuale avvio di specifici percorsi diagnostico-terapeutici;
4. rivalutazione: è fondamentale per cogliere tempestivamente eventuali evoluzioni delle condizioni degli utenti in attesa. Questa fase può confermare o variare il codice di priorità assegnato.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Con il *triage* globale, quindi, il paziente è preso in carico dall'infermiere che ne gestisce tutto il suo percorso fin dall'iniziale ingresso in PS, per proseguire con la valutazione e l'attribuzione del codice di priorità, per poi continuare durante l'attesa con la sorveglianza, la rivalutazione, l'attuazione di procedure secondo protocolli definiti e terminare infine con il passaggio delle cure all'equipe di trattamento.

5. Il sovraccollamento

Il sovraccollamento (o *overcrowding*) è la situazione in cui il normale funzionamento dei Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra domanda sanitaria e risorse disponibili, logistiche, strumentali e professionali. Tale condizione è sovente osservabile nell'area di PS ed è in grado di peggiorarne significativamente le *performance*. A concorrere al sovraccollamento del sistema di emergenza, si identificano 3 fasi:

- *Input* (fattori di ingresso), di cui un esempio è rappresentato dall'iperafflusso, che si determina ad esempio in presenza di massiccio afflusso di feriti e malati in occasione di eventi imprevedibili oppure in caso di situazioni temporalmente delimitate come le epidemie stagionali o l'alta stagione turistica. Le strategie che essenzialmente contribuiscono a ridurre l'iperafflusso prevedibile trovano collocazione all'interno dell'organizzazione e gestione dei servizi territoriali.
- *Throughput* (fattori interni), che vengono stressati quando una risorsa del sistema dell'emergenza-urgenza afferente al PS si ritrova a fronteggiare una richiesta che supera la sua capacità produttiva. Alcune strategie organizzative, rappresentate da protocolli e percorsi interni, nonché il costante miglioramento degli strumenti di comunicazione (quali i sistemi informativi), sono fattori che contribuiscono a snellire e velocizzare la gestione del flusso.
- *Output* (fattori di uscita), tra cui sventa come causa primaria di sovraccollamento dei PS la "cattiva pratica" del *boarding*. Il *boarding* è lo stazionamento per ore o giorni nell'area di PS, per la mancanza di posti letto nei reparti, di pazienti per i quali è stato già concluso l'iter di Pronto Soccorso e già posta indicazione al ricovero. Per questa ragione nelle "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraccollamento in Pronto Soccorso", sancite dall'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019 (già recepite con la DGR n. 4/31 del 6.02.2020), si raccomanda l'adozione di multiple strategie tra le quali si ricordano: a) la necessità di rendere quotidianamente disponibili un numero preordinato (e congruo alle esigenze) di posti letto di area medica e chirurgica dedicati ai ricoveri urgenti dal PS; b) la garanzia di un numero di posti letto disponibili pari al fabbisogno quotidiano del Pronto Soccorso attraverso una riduzione dei tempi di degenza, un incremento delle dimissioni nei giorni prefestivi, festivi e fine settimana, nonché la possibilità di *back transfer* dei pazienti dai centri *Hub* di riferimento ai centri *Spoke*, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pazienti. Per le suddette ragioni, il *boarding* non rappresenta una ragionevole e percorribile soluzione al problema della carenza di posti letto, altresì prefigura una pratica ad elevato rischio: di peggioramento dell'*outcome* del paziente, di aumento di stress, episodi di burnout e di violenza subita da parte degli operatori sanitari, e di allungamento dei tempi di permanenza in PS e di degenza globale in ospedale. Si deve pertanto evitare questa mal pratica in qualsiasi PS regionale.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nel presente documento si approfondiranno nello specifico alcune strategie in grado di operare sui fattori interni. Si rende infatti necessario identificare procedure differenziate di gestione della casistica, finalizzate essenzialmente a ridurre sia i tempi di attesa che di processo per i codici a minore priorità. In altre parole è cruciale produrre risposte differenziate adatte alla molteplice eterogeneità di quadri clinici e/o problematiche assistenziali che caratterizzano i pazienti che accedono al PS. Pertanto prevedere, già dalla fase di *triage*, percorsi e interventi diversificati che coinvolgono tutte le professionalità presenti nel Sistema consente di perseguire la massima appropriatezza, sia clinica che organizzativa.

6. Percorsi rapidi

Già in fase iniziale di *triage* è possibile individuare una casistica “non critica”, caratterizzata da situazioni cliniche in cui il problema principale è chiaramente identificabile ma al contempo non vi è compromissione delle funzioni vitali, l’evoluitività è irrilevante e la sofferenza del paziente è modesta. Tale casistica, solitamente identificata da codice di priorità 5 “non urgenza” e 4 “urgenza minore”, può essere gestita secondo protocolli snelli, caratterizzati da tempi di attesa e di processo contenuti. Come ampiamente dimostrato dalle esperienze positive realizzate in numerose realtà operative nazionali, questi protocolli consentirebbero:

- la riduzione degli allontanamenti spontanei precoci, cioè che avvengono prima della visita in ambulatorio;
- un’ottimizzazione dei tempi gestionali per determinate categorie di pazienti;
- un maggior grado di soddisfazione dell’utenza;
- una riduzione dell’affollamento degli ambienti;
- il miglioramento del clima lavorativo e la riduzione dello stress negli operatori.

6.1. Fast Track

Sulla base di quanto appena detto, i pazienti per i quali può essere attivato un percorso di *Fast Track* (FT) rappresentano casi “non critici” a bassa priorità e a bassa complessità di cura, che gravano comunque sull’area di PS alimentandone l’affollamento. Inoltre, nella quasi totalità, questi casi necessitano di un approccio gestionale monospecialistico nonché di un basso impegno della diagnostica per immagini, strumentale e di laboratorio ed esitano, quasi sempre, nella dimissione a domicilio da PS, risultando pertanto di rapida e agevole gestione da parte dello specialista competente.

Alcuni modelli organizzativi, in essere negli Stati Uniti, Regno Unito, Canada e Australia, sono orientati alla gestione dei casi a minore criticità/urgenza/intensità attraverso l’individuazione della competenza specialistica, già al momento del *triage*. In altre parole, di pari passo all’individuazione del problema principale, una volta individuata la competenza specialistica da *triage* avverrà un conseguente e contestuale invio del paziente allo specifico percorso, sulla base di definiti protocolli condivisi. I diversi percorsi (ortopedico, oculistico, otorinolaringoiatrico, dermatologico, ginecologico, urologico etc.), attivati in relazione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

alle attività specialistiche presenti nella realtà ospedaliera, e le eventuali dotazioni diagnostiche costituiscono i *Fast Track* e trovano collocazione in una specifica "*Fast Track Area*". I protocolli diagnostico-terapeutici che identificano il percorso di FT sono caratterizzati da una prevalente componente infermieristica, ovvero possono prevedere l'invio del paziente dal *triage* allo specifico ambulatorio specialistico di competenza.

L'orientamento da privilegiare è quindi quello di individuare, già dal *triage*, i criteri per l'invio diretto allo specialista del percorso di FT, evitando passaggi senza valore aggiunto. Secondo quest'ottica, negli ultimi anni, sono stati sperimentati positivamente numerosi protocolli di invio diretto agli accertamenti diagnostici, prima ancora della visita medica di PS o anche di quella specialistica. Sebbene questi protocolli avessero inizialmente trovato difficoltà interpretative, in particolare relativamente alla richiesta di esami diagnostici, è stato poi chiarito che la richiesta può essere ricompresa quale risposta preordinata, predefinita in applicazione di protocolli condivisi tra i professionisti e validati dalle Direzioni aziendali.

Le soluzioni organizzative che dovrebbero caratterizzare i percorsi di FT sono molteplici:

- i percorsi, stabiliti da criteri predefiniti e condivisi con le Strutture organizzative specialistiche competenti, sono attivati dall'infermiere di *triage*;
- la responsabilità clinica dei pazienti assegnati ad ogni specifico *Fast Track* è in capo al medico specialista del FT erogante la prestazione; questi accede esclusivamente alla lista dei pazienti di quel percorso, chiude il caso utilizzando l'applicativo di gestione degli accessi di PS e stampa la documentazione clinica da consegnare al paziente su carta intestata, la quale deve riportare la denominazione di ciascun percorso e della UO responsabile;
- lo specialista del FT, al termine della valutazione e degli eventuali accertamenti, dimette il paziente a domicilio oppure, laddove ne ravvisasse i criteri, ricovera presso il reparto di propria competenza. È possibile la re-immissione del paziente nel percorso di PS sia in caso di invio inappropriato sia nel caso in cui, una volta compiuta la valutazione clinica e/o il trattamento, lo specialista del FT reputi necessari ulteriori trattamenti e/o accertamenti a opera del PS (previo contatto telefonico tra medici: specialista FT - medico di PS);
- l'analisi accurata dei dati di attività di FT è resa possibile grazie ai privilegi di accesso a software specifici, di cui sopra, e all'identificazione dello specifico percorso per ogni paziente.

Per perseguire significativi risultati in fase applicativa, è necessaria sia una preliminare condivisione, da parte di medici e infermieri dei Servizi e delle discipline coinvolte, che la successiva formalizzazione di specifici protocolli aziendali di FT, che definiscano criteri e requisiti per l'invio a percorsi di gestione snella, per i pazienti a minore criticità che accedono al PS.

6.1.1. Modello organizzativo

I protocolli *Fast Track* devono essere elaborati da un gruppo multiprofessionale appartenente alle strutture interessate e approvati dai responsabili medici e infermieristici delle realtà coinvolte nel processo (PS e Struttura ricevente) e validati dalla Direzione Sanitaria. I protocolli dovranno inoltre essere elaborati per sintomi principali e prevedere specifici criteri di inclusione e di esclusione.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nel FT l'infermiere di *triage* opera secondo i suddetti protocolli, tenendo quindi conto dei criteri di inclusione e di esclusione per l'arruolamento ai singoli percorsi.

Ogni realtà operativa della regione Sardegna può quindi attivare, purché organizzati secondo i criteri contenuti nel presente documento, i seguenti *Fast Track*:

- ortopedico;
- oculistico;
- otorinolaringoiatrico;
- dermatologico;
- ginecologico;
- urologico.

Ogni realtà operativa valuterà, per il proprio PS, l'istituzione di percorsi specialistici di FT per le varie discipline, in dipendenza sia della casistica attesa per quella specifica disciplina sia dell'effettiva disponibilità di tali specialisti nell'ospedale. In altre parole l'attivazione di un FT deve essere modulata e adattata in base alla disponibilità di determinati servizi in ogni nosocomio. Per tali ragioni le Aziende possono individuare ulteriori percorsi di Fast Track rispetto a quelli su indicati.

6.1.2. Standard professionali

Nel programma di formazione/*retraining* degli infermieri di *triage* dovrà essere compreso un modulo specifico riguardante il *Fast Track*.

È imprescindibile che gli specialisti e il personale coinvolti nei percorsi FT ricevano un'adeguata formazione sui percorsi FT e sui relativi strumenti gestionali in uso. A tal proposito si rammenta che è fortemente raccomandata la partecipazione a tali corsi anche a tutto il personale dirigente medico.

6.2. Passaggio in carico a specialista

Il "passaggio in carico allo specialista" rappresenta una modalità di dimissione dal PS previa presa in carico e visita da parte del medico dell'emergenza-urgenza che, anche dopo eventuale esecuzione di esami diagnostici, non ravvede necessità di trattamento se non di competenza monospecialistica e al contempo non rileva, al momento, criteri di ricovero. Con questo tipo di dimissione il medico del PS potrà inviare il paziente direttamente allo specialista di pertinenza che potrà accedere, come nel caso dei *Fast Track*, alla sola lista dei pazienti inseriti in quel percorso e che dovrà provvedere direttamente alla dimissione a domicilio, oppure al ricovero presso il reparto di propria competenza, se ne ravvisasse sopraggiunti criteri. Come nel caso del FT, anche in questo caso se ve ne fosse necessità è sempre possibile il reinserimento del paziente nel percorso di Pronto Soccorso, previo contatto telefonico tra il medico specialista a cui il paziente è "passato in carico" e il medico del PS.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

6.3. Campi di applicazione

Come già illustrato, il FT è uno dei possibili percorsi avviati dall'infermiere di *triage* per la gestione della casistica a minore criticità/urgenza/intensità e viene attivato in tutti gli ospedali in relazione alle attività specialistiche presenti. Il "passaggio in carico a specialista" si attiva dopo valutazione medica di PS, laddove venga ravvisata una competenza monospecialistica. Sulla base di quanto già esplicitato quindi, le differenze tra FT e "dimissione da PS con passaggio in carico a specialista" sono riassumibili come segue:

- a. è l'infermiere di *triage* ad avviare il paziente al percorso di FT e lo specialista del FT è il primo medico ad effettuare la visita, che verrà erogata, dal punto di vista temporale, in base alla priorità assegnata al *triage*;
- b. nella dimissione "con passaggio in carico allo specialista" il medico dell'emergenza-urgenza ha già visitato il paziente e definito la competenza monospecialistica, in base alla quale la dimissione finale dovrà essere effettuata dallo specialista, senza necessità di reinvio del paziente in Pronto Soccorso.

In entrambi i casi, se necessario, il medico del FT o lo specialista a cui il paziente è "passato in carico" valuterà eventuali e sopraggiunte necessità di ricovero, potendo disporre il ricovero presso il proprio reparto di competenza, oppure di re-immissione del paziente nel percorso di PS per la prosecuzione degli accertamenti, previo contatto telefonico col medico del PS.

6.4. See and Treat

Il *See and Treat* (S&T), è un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori predefinite, che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici, definiti a livello regionale, per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati. È un approccio applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica e organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso. Secondo il modello, i pazienti vengono visti al *triage* e, consensualmente, gestiti dall'infermiere con risoluzione del problema. Sebbene il S&T sia già in essere in alcune realtà regionali, ancora non è chiaramente definito nei ruoli e le linee guida nazionali non individuano compiutamente la responsabilità delle dimissioni del paziente.

Come già analizzato nel presente documento e come verrà ulteriormente approfondito nei capitoli successivi, sia le soluzioni di percorso rapido per snellire e velocizzare il flusso qui proposte (*Fast Track* e "Passaggio in carico allo specialista") sia l'acquisizione della nuova codifica a 5 codici numerici di priorità, configurano un notevole impegno in termini di innovazione gestionale e di carico formativo, gravante sia sugli operatori sanitari sia sulle relative Aziende.

Per queste ragioni, al momento attuale non sembra opportuna l'adozione del modello *See and Treat* nella realtà regionale sarda.



7. Il sistema di codifica

Nel rispetto della normativa nazionale vigente, il sistema di codifica del codice di priorità al *triage* si deve articolare, non più su quattro codici colore (rosso, giallo, verde, bianco), ma su cinque tipologie di codice numerico qui di seguito riportati:

CODICE		Denominazione	Definizione	Standard tempo massimo di attesa per l'accesso al trattamento
Numero	Colore			
1	rosso	EMERGENZA	Interruzione o grave compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2	arancione	URGENZA	Rischio di compromissione. Condizione con possibile rischio evolutivo o dolore severo e fattori di sofferenza attivati	Accesso entro 15 minuti
3	azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione con bassa probabilità di evolutività e/o fattori di sofferenza e ricaduta sullo stato generale	Accesso entro 60 minuti
4	verde	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con situazioni di sofferenza bassa e senza ricaduta sullo stato generale	Accesso entro 120 minuti
5	bianco	NON URGENZA	Problema non urgente di minima rilevanza clinica nella quale sono escluse le condizioni precedenti	Accesso entro 240 minuti

Tabella 1. Sistema di codifica su cinque tipologie di codice

Gli standard temporali riportati in Tabella 1, previsti per l'accesso alle aree di trattamento, ovverosia per l'inizio del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, come da direttive nazionali, sono garantiti quando siano presenti condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo; i tempi massimi di attesa sono ponderati sulla base degli studi effettuati dalle società scientifiche, in accordo con la letteratura internazionale. Il rispetto degli standard temporali previsti dovrà essere garantito grazie a processi di revisione dell'organizzazione interna e dei percorsi, ad opera di tutte le Strutture coinvolte.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

È raccomandato a tutte le realtà operative della Regione Sardegna l'utilizzo del sopra illustrato sistema di codifica, evitando l'adozione di sottocategorie o di differenti sistemi di codifica aggiuntiva. In particolare, eventuali ulteriori codifiche relative a specifici percorsi clinico-assistenziali, successivi al *triage*, dovranno essere chiaramente diversificate dal codice stesso di priorità. È necessario ribadire che, in nessun caso, il codice di priorità potrà essere utilizzato per scopi che non siano l'individuazione della priorità dell'accesso alle cure.

Alla decisione di *triage* concorrono, oltre a segni, sintomi, parametri vitali e possibile rischio evolutivo, anche ulteriori fattori che condizionano il livello di priorità e la qualità dell'assistenza da fornire per una corretta presa in carico (tra questi si annoverano dolore, indicatori di sofferenza, età, disabilità, fragilità e vulnerabilità, particolarità organizzative e di contesto). Da ciò deriva che la gestione della lista di attesa avvenga ad opera dell'infermiere di *triage*.

Una menzione a parte spetta alla valutazione del dolore in *triage*, in quanto le diverse scale proposte hanno dimostrato un'accuratezza variabile. Nonostante ciò, sebbene la scelta della scala valutativa più appropriata per il proprio contesto rimanga prerogativa delle diverse realtà, la valutazione del dolore rientra tra le rilevazioni indispensabili, al pari di ogni altro "parametro vitale".

8. Rivalutazione

La rivalutazione, imprescindibile fase del processo di *triage*, è un processo fondamentale che deve essere garantito per tutti gli utenti in attesa. Rappresenta un'attività professionale, condotta mediante il rilievo periodico di parametri soggettivi e/o oggettivi che devono essere registrati, mirata a mantenere il controllo sulla condizione degli assistiti ancora in attesa, finalizzata a cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute. In fase rivalutativa durante l'attesa, contemporaneamente al rilievo dei suddetti parametri, possono essere messe in atto iniziative mirate a migliorare il comfort, anche con il supporto di associazioni di cittadini.

La rivalutazione deve essere attuata:

- a giudizio dell'infermiere di *triage*;
- a richiesta dell'utente o dei suoi accompagnatori;
- allo scadere del tempo di rivalutazione previsto per ogni codice.

Pertanto ogni realtà dovrà stabilire, per ogni codice, tempi massimi e modalità di rivalutazione e questi dovranno tendere a quelli indicati nella seguente Tabella (Tabella 2).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

CODICE		Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di rivalutazione
Numero	Colore			
1	rosso	EMERGENZA	Accesso immediato=nessuna valutazione	
2	arancione	URGENZA	15 minuti	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	azzurro	URGENZA DIF-FERIBILE	60 minuti	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione: - A giudizio dell'infermiere di <i>triage</i> - A richiesta del paziente - Una volta trascorso il tempo massimo di attesa raccomandato
4	verde	URGENZA MI-NORE	120 minuti	
5	bianco	NON URGENZA	240 minuti	

Tabella 2. Tempi e modalità di rivalutazione dei cinque codici di priorità

Le modalità di rivalutazione possono variare a seconda delle condizioni della persona, del codice di priorità e del giudizio dell'infermiere di *triage*.

All'atto della rivalutazione, qualsiasi rilevata modifica dei parametri o delle condizioni generali del paziente potrà determinare una variazione del codice di priorità e, conseguentemente, dei relativi tempi di attesa. I sistemi informatici aziendali dovranno sia permettere una pronta identificazione visiva (ad esempio tramite *alert* lampeggiante) dei pazienti per i quali è in scadenza il tempo massimo d'attesa e proporre la necessaria rivalutazione, sia permettere un'agevole registrazione delle avvenute rivalutazioni, comprese quelle con conferma del codice di priorità.

9. Pronto soccorso specialistico

9.1. Pediatrico

La specificità del *triage* pediatrico risiede nella necessaria valorizzazione di alcuni parametri, segni e sintomi peculiari e differenti nelle diverse fasi dell'accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente). Pertanto il personale infermieristico deve essere adeguatamente preparato per la valutazione e la presa in carico globale del paziente pediatrico e la sua famiglia. Per tale ragione, nei PS ad esclusiva affluenza pediatrica il *triage* deve essere effettuato da un infermiere pediatrico, ove presente in organico, o da un infermiere specificamente formato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia.

In tutti i PS generali ad affluenza pediatrica si rende necessaria la definizione di protocolli e/o raccomandazioni che contengano specifiche indicazioni per la valutazione del paziente pediatrico. In particolare, nelle realtà ove sia previsto l'invio dei pazienti pediatrici dal PS generale ad una postazione di



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PS pediatrico, da esso separata e solitamente collocata presso il reparto di pediatria, deve essere presente uno specifico percorso che definisce i criteri di valutazione e di invio allo stesso.

A causa della variabilità del manifestarsi della condizione clinica in pediatria nonché della peculiare difficoltà del bambino di manifestare il mutamento della propria condizione, dovrà essere posta particolare attenzione in fase di rivalutazione.

Il bambino va considerato nella sua interezza insieme alla propria famiglia; a tal proposito, nell'organizzazione del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza è fondamentale ricordare che minori hanno diritto: a) di vicinanza fisica, in ogni momento, del proprio genitore (o di chi esercita l'autorità genitoriale); b) di ricovero in reparti idonei; c) di assistenza da parte di personale avente preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche/emotive/psichiche proprie del paziente pediatrico e della sua famiglia.

9.2. Ostetrico

La pianificazione di un sistema di emergenza-urgenza sanitario, sia ospedaliero che territoriale, per gestire i collegamenti tempo-dipendenti con punti nascita e neonatologie, rappresenta uno snodo fondamentale nell'organizzazione dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio

Nei PS di ospedali dotati di punto nascita devono essere stilati specifici protocolli di valutazione che permettano una corretta accoglienza e prima valutazione della gravida e ne definiscano criteri di invio all'ostetricia. Laddove una donna in stato di gravidanza pervenga presso un PS collocato in ospedale sprovvisto di punto nascita, devono essere previsti appositi protocolli che comprendano tutte le fasi, fin dal *triage*, e definiscano criteri e procedure per eventuale trasferimento con accompagnatore, o se necessario personale sanitario, presso i centri che assicurano la garanzia di una tempestiva valutazione e trattamento specialistico della problematica. Tale decisione, una volta individuata dal triagista tale casistica, competerà al medico del PS.

10. Fragilità

Talvolta il *triage* rappresenta un momento fondamentale di accoglienza e riconoscimento di persone appartenenti a particolari categorie che necessitano di adeguate e specifiche risposte alla loro "fragilità", attraverso l'attivazione tempestiva di percorsi dedicati. Anche grazie alla maggiore sensibilità prestata a questo tema negli ultimi anni, particolare attenzione viene dedicata ai maltrattamenti e agli abusi sui minori e alle donne e agli anziani vittime di violenza. All'interno delle fragilità, i disturbi della sfera psichica richiedono una gestione mirata, anche a causa delle possibili conseguenze negative all'interno dell'organizzazione complessiva del sistema.

In tale contesto, il compito fondamentale dell'infermiere di *triage* sarà sia identificare tali condizioni, attraverso il riscontro di indicatori anamnestici e clinici di sospetto abuso, sia attivare, fin dai primi istanti, un percorso personalizzato e di sostegno, che agevoli i contatti e le procedure in ambito sanitario, assistenziale



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

e giudiziario. La formazione sistematica e mirata, specifica per il sostegno alle fragilità, deve integrare tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico di tali persone, nel rispetto degli specifici ambiti di competenza.

Devono essere previsti specifici percorsi, studiati per situazioni di particolare allarme, quali:

- maltrattamenti e abusi sessuali sui minori;
- maltrattamenti e violenza sessuale sugli adulti;
- maltrattamenti e abusi sessuali sugli anziani.

Questi sopracitati fenomeni potrebbero infatti essere riassunti con la definizione di “maltrattamenti da relazione asimmetrica”, ove vi sia un’interrelazione di costante squilibrio che condizioni e favorisca situazioni di prevaricazione. Tali situazioni potrebbero manifestarsi non solo sul piano fisico (violenza fisica, violenza sessuale, abuso su minore o su anziano) ma anche su quello psicologico, economico, e/o sociale (stati di abbandono, reclusione ambientale, subalternità psicologica etc.). Idealmente sarebbe auspicabile evidenziare, o sospettare, il sussistere di queste condizioni fin dal colloquio iniziale al *triage*, in modo da porre in essere tutte le misure opportune per prevenire ulteriori prevaricazioni e sofferenze. Con questa finalità è necessario stilare procedure dedicate alla definizione di idonee modalità che consentano agli operatori sanitari, compresi i triagisti: a) di evidenziare la sussistenza di condizioni di abuso o maltrattamento; b) di favorire una quanto più tempestiva presa in carico della persona (legata all’assegnazione del codice di priorità stesso), così da facilitarne l’inserimento nel percorso studiato.

Per la violenza di genere si citano in questa sede due disposizioni ufficiali che dovranno essere tenute in conto per la progettazione dei citati protocolli:

- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24.11.2017 (pubbl. G.U. 31.1.2018) dispone espressamente che per tale condizione debba essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa - codice giallo o equivalente - (codice 2 o codice 3 secondo questo documento);
- le “Linee guida regionali per l'accoglienza e il sostegno di donne vittime di violenza di genere”, allegato alla Delib.G.R. n. 7/2 del 26.2.2020, definiscono la necessaria formazione professionale anche da parte di operatori di servizi non specificamente a questo dedicati. La formazione, finalizzata al pronto riconoscimento di situazioni di abuso e maltrattamento e alla conoscenza dei punti della rete di supporto alle donne vittime di violenza, permetterà agli operatori di indirizzare le vittime, che ne presentino necessità, verso il punto di accesso dedicato ai servizi di contrasto alla violenza di genere.

Anche per quanto concerne le fragilità di ambito prettamente psichiatrico, riassumibili nei “Disturbo acuto del comportamento dell’adulto” e “Disturbo acuto del comportamento del minore”, è consigliabile definire dei protocolli ad hoc.

11. Attività svolte in triage

Il primo momento del *triage*, cioè la cosiddetta “valutazione sulla porta”, deve essere garantito entro 5 minuti dall’arrivo in Pronto Soccorso a tutti gli utenti. Successivamente le modalità di valutazione, nonché l’accuratezza della fase di raccolta dati, devono necessariamente tenere conto delle condizioni della persona.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'intervista deve essere mirata a raccogliere il maggior numero di informazioni necessarie alla definizione del problema di salute della persona e del potenziale rischio evolutivo; in questa fase diventano essenziali le capacità comunicative, empatiche, di gestione dello stress e di interazione con utente e accompagnatori. L'intervista prevede due aspetti:

- una raccolta dati relativa alle condizioni di salute della persona che sia rapida ma adeguata in termini di accuratezza alla situazione in esame;
- l'individuazione di fattori di rischio, terapie assunte, patologie presenti e allergie.

La valutazione oggettiva, dopo la rilevazione di segni e sintomi specifici (ad esempio pallore, sudorazione, durata e intensità del dolore, localizzazione dello stesso etc.) può comprendere, se necessario, la misurazione dei parametri vitali ritenuti utili.

Se necessario, consensualmente a questa fase o alla cruciale fase di rivalutazione di cui si è già parlato nel precedente capitolo, potranno attuarsi tutti i necessari provvedimenti assistenziali, indispensabili a supportare il paziente in attesa per diminuirne lo stress emotivo e doloroso; tra questi si annoverano la sistemazione posturale idonea (barella, carrozzina, decubito antalgico etc.), l'immobilizzazione temporanea di lesioni traumatiche minori, le medicazioni temporanee di ferite, l'applicazione di crioterapia etc.

Come già esplicitato nei capitoli precedenti, al fine di ottimizzare il percorso del paziente e l'utilizzo delle risorse, si raccomanda la predisposizione di specifici protocolli locali che siano in linea con gli indirizzi regionali e le evidenze scientifiche del momento. Dal *triage* possono essere iniziati trattamenti diagnostici o terapeutici e/o e attivati percorsi dedicati per specifiche tipologie di pazienti (*Fast Track*, iniziale trattamento del dolore etc.).

Ulteriore compito dell'infermiere di *triage* è informare l'utente circa l'esito della valutazione di *triage* e il funzionamento della struttura, anche attraverso l'eventuale consegna di un opuscolo informativo e l'utilizzo di altri supporti informativi (cartelli etc.). Attraverso la collaborazione con gli altri operatori sanitari delle diverse aree di trattamento, andrà garantita anche una corretta gestione e informazione dei familiari, sia di quelli che stazionano nei locali di attesa interna o esterna durante la permanenza dell'utente in PS, sia che abbiano lasciato comunicazione di necessario contatto telefonico.

La funzione di *triage* deve essere svolta a rotazione da tutti gli infermieri appartenenti all'organico del Pronto Soccorso, purché in possesso dei requisiti specifici.

Per non pregiudicare il tempo per la valutazione del paziente e la gestione dell'attesa e per evitare interruzioni che aumentano il rischio di errore, si raccomanda l'adozione di opportuni provvedimenti organizzativi, atti a ridurre al minimo le funzioni improprie del triagista (ad esempio l'attività amministrativa, gestione di informazioni non di PS, restituzioni di referti etc.).

12. Protocolli

Ogni PS dispone di protocolli di *triage*, elaborati da un gruppo permanente multiprofessionale composto da medici e infermieri esperti, operanti in PS. Tali protocolli, approvati dai responsabili medico e infermieristico



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

del Servizio e del Dipartimento, dovranno essere capillarmente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte.

I protocolli sono articolati per sintomi principali e prevedono criteri di valutazione specifici per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in PS. Il sistema di protocolli dovrà comprendere almeno i seguenti sintomi principali:

- dolore toracico e urgenze cardiovascolari;
- dispnea e urgenze respiratorie;
- dolore addominale;
- emorragie digestive;
- intossicazioni;
- cefalea;
- vertigini;
- reazioni allergiche;
- disturbi neurologici acuti;
- sincope;
- sepsi;
- urgenze vascolari;
- coagulopatie da farmaci;
- traumatologia minore (traumatismo/ustione senza rischio di compromissione dello stato generale, riferito ad un segmento corporeo isolato);
- trauma maggiore (traumatismo o ustione nelle quali non è possibile escludere la compromissione dello stato generale);
- urgenze pediatriche.

13. Scheda di *triage*

Un elemento imprescindibile del sistema di *triage* è rappresentato dalla scheda di *triage*. Questa deve documentare il processo decisionale, alla base della formulazione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati al momento del *triage* e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del PS.

Può essere realizzata su supporto cartaceo o informatico e deve essere conforme al modello di *triage* adottato nella struttura cui si riferisce.

Gli elementi essenziali della Scheda sono:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- dati anagrafici, tali da permettere l'inequivocabile identificazione dell'utente o modalità organizzative idonee al suo riconoscimento;
- data e ora di *triage*;
- sintomo principale;
- valutazione infermieristica, comprensiva di parametri vitali;
- valutazione multidimensionale del dolore;
- codice di priorità assegnato;
- interventi effettuati in *triage*;
- percorsi/procedure brevi attivati dal *triage*;
- esito di eventuali rivalutazioni;
- ora di accesso all'area di trattamento (fine del *triage*);
- identificativo dell'operatore di *triage*.

Per quanto riguarda i sintomi principali, oltre a quelli già esistenti nell'apposito *format* (coma, sindrome neurologica acuta, altri sintomi del sistema nervoso, dolore addominale, dolore toracico, dispnea, dolore precordiale, shock, emorragia non traumatica, trauma, intossicazione, febbre, reazione allergica, alterazioni del ritmo, ipertensione arteriosa, stato di agitazione psicomotoria, sintomi o disturbi oculistici, sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici, sintomi o disturbi ostetrico ginecologici, sintomi o disturbi dermatologici, sintomi o disturbi odontostomatologici, sintomi o disturbi urologici, altri sintomi o disturbi, accertamenti medico legali, problema sociale, caduta da altezza inferiore o uguale alla statura del soggetto, ustione, psichiatrico, patologia respiratoria, violenza altrui, autolesionismo, violenza di genere su soggetti vulnerabili o discriminati) attualmente in uso, dovranno essere inseriti anche:

- astenia;
- vertigini;
- cefalea;
- vomito/nausea;
- diarrea;
- ittero;
- anemia;
- sincope;
- diplopia;
- dolore atraumatico agli arti.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

13.1. Punteggio Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA)

Per quanto riguarda i parametri vitali la scheda dovrà prevedere anche la possibilità di una casella dedicata al *Quick Sequential Organ Failure Assessment* (qSOFA), comprendente i 3 principali quesiti (alterato stato di coscienza identificato da una scala Glasgow Coma Scale <15; frequenza respiratoria ≥ 22 atti per minuto; pressione arteriosa sistolica ≤ 100 mmHg) con possibile risposta negativa o positiva, per ognuno di questi.

La compilazione, a cura del triagista, per i casi di sospetta sepsi in corso di sintomi di infezione (ad esempio per sintomi principali quali febbre, dispnea, diarrea, vomito/nausea, coma, sindrome neurologica acuta, altri sintomi del sistema nervoso, shock etc.), genererà il punteggio qSOFA.

Il concetto di *golden hour* nella sepsi, basato sull'evidenza del netto miglioramento della sopravvivenza del paziente in caso di somministrazione endovenosa della terapia antibiotica entro la prima ora dalla diagnosi, legittima la necessità di calcolare il qSOFA già dal primo momento in cui viene posto il sospetto di sepsi, perciò fin dal *triage*.

Un punteggio qSOFA ≥ 2 , in presenza di segni di infezione, infatti permetterà di indentificare i pazienti ad alto rischio per i quali la sepsi è fortemente sospetta e ai quali sarà quindi assegnato al *triage* un codice di priorità 2 (o codice 1, in caso di sopraggiunta compromissione di una o più funzioni vitali), in funzione della intrinseca potenziale evolutività e della necessità di un rapido accesso alla valutazione da parte del medico di PS. Nei casi di verosimile infezione ma con un punteggio qSOFA <2, sarà possibile l'assegnazione di un codice di priorità diversificato, in relazione alla specifica decisione operata dal triagista.

14. Risorse

14.1. Strutturali e tecnologiche

In tutte le Strutture di PS deve essere garantita la disponibilità di risorse adeguate, tali da consentire la realizzazione di un sistema di *triage* strutturato secondo le direttive contenute nel presente documento e per il mantenimento di standard qualitativi accettabili. Tra queste si annoverano le seguenti:

- in ciascun PS deve essere presente/previsto un locale di *triage* adibito a tale funzione, collocato in posizione strategica, cioè attiguo agli ingressi del PS e centrale rispetto alle sale visita; il *triage* così posizionato dovrà essere in grado di permettere l'espletamento della valutazione infermieristica, nel rispetto della riservatezza del paziente;
- i locali preposti agli utenti, in attesa pre e post-*triage*, devono permettere una sorveglianza a vista delle persone e, nell'ottica dell'umanizzazione delle cure, avvalersi della tecnologia per il supporto di questa fase. In particolare devono prevedere:
 1. possibilmente aree dedicate a coloro che necessitano di maggiore sorveglianza e assistenza;
 2. spazi dedicati per pazienti deambulanti/non deambulanti, o pediatrici, persone in condizione di fragilità e le vittime di abuso;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- eventuali supporti tecnologici (*monitor*) per fornire informazioni all'utenza su affollamento, situazioni di emergenza, stato di avanzamento della gestione dei diversi pazienti nonché eventuale discreto intrattenimento (tv, filodiffusione musicale etc.). In altre parole devono essere promosse una serie di iniziative di "attesa attiva"; è inoltre consigliata la presenza di una dotazione di distributori automatici per generi di conforto alimentare di base.

Nella zona di *triage* deve essere presente una dotazione di risorse tecnologiche, specificamente ad esso dedicate, in grado di permettere l'espletamento di tutte le attività previste:

- *personal computer*, telefoni etc. per la snella gestione delle informazioni e delle comunicazioni;
- strumenti per rilevazione/monitoraggio dei parametri vitali, materiale per medicazione, presidi per immobilizzazione temporanea di arti e rachide cervicale, presidi per mobilizzazione pazienti, barelle e carrozzine di numero e tipologia adeguata etc.;
- impianto gas medicali e Defibrillatore Semiautomatico Esterno (DAE);
- farmaci, se presenti protocolli per l'iniziale gestione del dolore e l'inizio di specifici percorsi di trattamento.

14.2. Risorse umane

La funzione del *triage* è propria dell'infermiere appartenente all'organico del PS o del Dipartimento di Emergenza. In particolare l'organico di Pronto Soccorso prevede una dotazione di personale infermieristico adeguata e proporzionata al numero di accessi alla struttura, sia in relazione alla complessità stessa delle patologie da trattare sia della variabilità dei flussi giornalieri/stagionali.

Nei PS con affluenza superiore a 15.000 accessi l'anno il *triage* deve essere svolto da almeno un infermiere dedicato a tale funzione in maniera esclusiva. Nelle strutture con meno di 15.000 accessi l'anno è possibile prevedere l'attribuzione della funzione di *triage* ad un infermiere dedicato anche ad altre attività all'interno del PS, purché venga garantito il rispetto dei criteri previsti nel presente documento e nelle altre disposizioni di legge. 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 di rassicurazione dei pazienti non ancora visitati.

Pertanto, si prevede che nelle 24 ore devono essere sempre presenti le seguenti figure professionali:

- 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.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

15. Formazione

La formazione continua e l'addestramento del personale sanitario rappresentano lo strumento indispensabile per garantire la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico.

Come esplicitato dal Ministero della Salute (Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.2), la formazione deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende sanitarie, deve curare gli aspetti clinico-metodologici e relazionali e prevedere l'addestramento continuo del personale addetto al *triage*.

Per la sicurezza dei pazienti e l'implementazione del lavoro in *team*, è fortemente raccomandata la partecipazione alle iniziative formative sul *triage* anche di tutto il personale medico di PS e di quello afferente al Dipartimento di Emergenza.

Per svolgere la funzione di *triage* infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una formazione di accesso e una formazione permanente.

15.1. Formazione di accesso al triage

Per accedere alla formazione di *triage* sono necessari i seguenti requisiti:

- titolo di studio e abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico, ostetrica;
- 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 con la partecipazione a uno specifico corso teorico di preparazione al *triage* e a un periodo di affiancamento a *tutor* esperto.

15.2. Corso Teorico

Si sviluppa attraverso un corso residenziale della durata minima di 16 ore realizzato con metodologie frontali e interattive.

Il corso deve prevedere attività formative che si sviluppano nei seguenti ambiti:

1. acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato su segni/sintomi e rischio evolutivo;
2. acquisire capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche e ansiogene relative alle dinamiche psicologiche che si sviluppano sia nel contesto *triage* tra operatori che con l'utente e verso i familiari e/o accompagnatori;
3. approfondire gli aspetti relativi all'autonomia e alla responsabilità professionale con particolare attenzione alle problematiche legali derivate dalla attività di *triage*;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

4. acquisire la metodologia per la progettazione l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in *triage*, conformemente alle Linee Guida e linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali;
5. acquisire competenze nell' individuazione e gestione dei principali problemi del *triage* pediatrico, sull' accoglienza del minore e della sua famiglia;
6. acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di *triage*.

Al termine del corso deve essere prevista una valutazione finale che certificherà il suo superamento.

15.3. Periodo di affiancamento

Dopo l'abilitazione al *triage*, l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento di durata non inferiore a 36 ore con un *tutor* esperto. Il ruolo di *tutor* è svolto da un infermiere esperto in *triage* con esperienza pluriennale (almeno 2 anni).

Durante il periodo di affiancamento dovrà essere previsto un percorso articolato nelle seguenti fasi:

1. osservazione;
2. collaborazione;
3. autonomia;
4. valutazione finale.

L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di *triage* sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento dal *tutor*. Trascorso un periodo di lavoro sul campo di tre – sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva all' attività di *triage*.

15.4. Formazione permanente in *triage*

Allo scopo di mantenere adeguate *performance* dei professionisti e del sistema organizzativo, si ritiene necessario individuare modalità di monitoraggio delle *performance* del sistema *triage* su due livelli:

- Livello aziendale: attraverso incontri periodici, fra operatori, per la realizzazione di audit professionali con discussione di casi, eventi critici/sentinella e analisi di dati statistici;
- Livello regionale: attraverso la definizione di criteri per la valutazione del sistema *triage* utilizzando una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi.

Pertanto, si rende necessaria la redazione di un piano delle attività formative con definizione di obiettivi triennali che preveda:

- corsi interni monotematici emersi dalla rilevazione dei bisogni formativi esplicitati dagli operatori o da criticità rilevate nel corso delle riunioni periodiche di *equipe* o *audit*;
- attività di verifica periodica dell'attività di *triage* (utilizzo di indicatori e *Standard*) e di analisi del rischio clinico in *triage*;
- attività di studio e ricerca;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- partecipazione a congressi, convegni, *workshop* sul tema specifico del *triage* di PS;
- condivisione e scambio di esperienze con altre realtà nazionali e/o internazionali.

Ogni Dipartimento di Emergenza che comprenda nella propria organizzazione il Pronto Soccorso, deve prevedere nel programma di formazione triennale, una componente propedeutica alla funzione di *triage*, che consenta agli infermieri, compresi quelli con funzioni di coordinamento abilitati a svolgere attività di *triage*, di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti clinici, assistenziali, organizzativi relazionali. Inoltre, è necessario che la formazione del personale di *triage* venga 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 cui afferiscono pazienti pediatrici è altresì 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.

16. Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Nsis)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), basato sull'integrazione dei diversi sistemi informativi, rappresenta oggi la più importante banca dati sanitaria a livello nazionale a supporto della programmazione sanitaria nazionale e regionale per misurare qualità, efficienza e appropriatezza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Esso costituisce, infatti, lo strumento di *governance* per:

1. monitorare l'attività dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) attraverso l'analisi del volume di prestazioni e di trattamento erogati;
2. supportare le attività gestionali dei SSR per valutare il grado di efficienza e di impegno delle risorse;
3. supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito a livello sia regionale che nazionale;
4. supportare la ricerca e il miglioramento continuo di qualità;
5. confrontare ed effettuare *benchmarking* tra strutture.

Il conferimento dei dati costituisce, inoltre, adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso alla quota premiale del SSN.

Il patrimonio informativo NSIS viene altresì utilizzato per monitorare l'assistenza relativa all'emergenza-urgenza sanitaria che si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario.

16.1. Il sistema EMUR

Il Decreto del 17 dicembre 2008, di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (EMUR) e successive modifiche, prevede l'istituzione del Sistema



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

informativo EMUR per la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, con riferimento sia alle attività del Sistema territoriale 118 che alle attività del Pronto Soccorso. Il flusso EMUR nasce dall'esigenza di rendere disponibili strumenti e metodologie condivisi per consentire l'interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS e i sistemi informativi sanitari regionali. Relativamente all'attività di Pronto Soccorso, il sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in PS:

- identificazione della struttura erogatrice e dell'assistito;
- dati relativi all'accesso e alla dimissione;
- dati relativi alle diagnosi e alle prestazioni erogate;
- dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso.

16.1.1. Dati da rilevare nel sistema EMUR– tempi

Nell'ambito del Pronto Soccorso è necessario rilevare, in particolare, i tempi relativi al percorso del paziente in rapporto ai codici di priorità assegnati. Pertanto, sono da rilevare i tempi relativi alla presa in carico del paziente, all'inizio del percorso diagnostico terapeutico e della prestazione medica, all'esito della prestazione erogata e all'eventuale inizio e termine dell'attività di OBI, nonché i tempi massimi di permanenza in Pronto Soccorso. Tali tempi e la relativa codifica, in parte già rilevati attraverso il sistema EMUR, sono riportati nella Tabella 3, a seguire.

T₀	PRESA IN CARICO AL <i>TRIAGE</i>
T₁	INIZIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE
T₂	INIZIO DELLA PRESTAZIONE MEDICA
T₃	ESITO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO
T₄	INIZIO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA
T₅	TERMINE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Tabella 3. *Triage* – Tempi da rilevare (data e ora)

Al fine del monitoraggio dei tempi di permanenza del paziente all'interno del PS, è necessario considerare i seguenti intervalli temporali nonché i tempi massimi di riferimento:

- T₀-T₁: presa in carico al *triage*
inizio del percorso diagnostico assistenziale per codice di priorità 1-5;
- T₀-T₃: tempo massimo 8 ore;
- T₀-T₅: tempo massimo 44 ore.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

16.1.2. 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, del rischio evolutivo, dei segni e dei sintomi riferiti dai pazienti. Al termine della prestazione di PS (cioè al concludersi della 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 rappresentato dai codici colore analoghi a quelli assegnati, con altra finalità, al *triage*. Questa duplice attribuzione di codici colore, in ingresso e in uscita, crea confusione sia al personale operante nel PS (medici e 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 necessita di trattamento non immediato);
- M** = Paziente con Urgenza Minore;
- 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.

I sistemi informatici dovranno comunque ricondurre i codici (C, A, D, M e N) a quelli indicati nelle Specifiche Funzionali dei tracciati ministeriali 118 e Pronto Soccorso del nodo di riferimento Dimissione, livello di appropriatezza dell'accesso valutato dal medico dopo la visita.

17. Sistema di verifica e qualità

Considerata l'importanza del *triage* intra-ospedaliero in quanto momento fondamentale del percorso del paziente in Pronto Soccorso, l'accuratezza nello svolgimento di questo "processo decisionale" da parte dell'infermiere di *triage* rappresenta un importante *gold standard* da raggiungere.

Il modello adottato finora per la verifica di qualità è stato quello dell'"*audit* professionale" o "*clinical audit*", volto alla valutazione del sistema *triage* e delle performance professionali sulla base di casistica puntiforme. Quanto fin qui messo in atto deve essere metodologicamente curato, ma integrato con altri strumenti.

Il sistema di verifica continua della qualità ha un importante valore formativo e informativo per il professionista perché:

- educa ad un atteggiamento autovalutativo facilitando l'aggiornamento delle conoscenze e il miglioramento della pratica;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- facilita l'individuazione dei fattori chiave che condizionano la buona pratica clinica e aiuta ad individuare gli elementi da monitorare nel tempo.

Tutti i sistemi di *triage* devono prevedere e realizzare attività di verifica secondo i criteri regionali.

17.1. Modalità organizzative

Allo scopo di mantenere adeguato il sistema organizzativo, si ritiene necessario individuare due livelli, aziendale e Regionale, su cui operano i sistemi di monitoraggio delle performance professionali del sistema *triage*.

Primo livello (aziendale)

Il livello aziendale e/o di quadrante, a seconda delle specificità e affinità organizzative, della tipologia di accesso e di offerta di servizi sanitari, considera due ambiti di valutazione:

- a. L'organizzazione di un incontro o serie di incontri fra operatori, per discutere i casi che abbiano dato evidenza di problemi in termini di applicazione o di stratificazione del codice di priorità. Lo standard di riferimento deve essere condiviso ed esplicito e particolare attenzione dovrà essere rivolta in casi di specificità di seguito illustrati.
 - Casi che si siano conclusi con un decesso inatteso. Si ricorda a tal proposito la raccomandazione del Ministero della Salute n. 15 (del febbraio 2013), che definisce come “evento sentinella” l'episodio di morte (o grave danno) conseguente alla non corretta attribuzione del codice *triage* nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso; in questo caso è prevista l'attivazione di specifiche misure di valutazione dell'eventuale errore.
 - Casi ritenuti complessi da parte degli operatori stessi.

Tale analisi, solitamente necessariamente retrospettiva, viene effettuata mediante l'esame delle schede di *triage* e di tutta la documentazione connessa con i casi in questione.

- b. Una valutazione più propriamente statistica prevede l'individuazione di indicatori, secondo una logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), e consente di mantenere e migliorare la *clinical competence* e gli *standard* di servizio necessari a garantire un efficace processo di *triage*.

Per quanto concerne gli indicatori di appropriatezza utilizzabili ai fini citati, si fa riferimento alla Tabella 5 (*TRIAGE*: set di indicatori e standard di riferimento) contenuta nelle “Linee di indirizzo nazionali sul *triage* intraospedaliero” (Ministero della Salute, anno 2019, pp. 34-35).

Si rimanda alle Aziende/ Dipartimenti/Strutture di riferimento l'opportunità di utilizzare uno o più degli indicatori suggeriti, da rilevare anche a campione sulla casistica di afferenza, e di potenziare conseguentemente il proprio sistema informatico, per venire incontro a queste esigenze.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Secondo livello (Regionale)

A livello Regionale viene definita la lista dei criteri per la valutazione esplicita del sistema *triage* e stabiliti i requisiti di riferimento per le Aziende Sanitarie per ciò che riguarda gli aspetti strutturali, la gestione dei processi, l'organizzazione delle attività e le *performance* professionali.

18. Conclusioni

Il presente documento ridefinisce la funzione di *triage*, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 4/31 del 6.2.2020, e sviluppa le possibilità organizzative, in linea con i recenti dati di letteratura internazionale, allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente.

Il *triage* è l'inizio del percorso di Pronto Soccorso ed ha due obiettivi:

- individuare le priorità di accesso alle cure;
- indirizzare il paziente all'appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

Il *triage* in Pronto Soccorso è una funzione infermieristica, svolta da personale con appropriate competenze e attuata sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento.

Il documento declina nello specifico le linee guida nazionali ("Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero" del 2019) per quanto concerne i punti a seguire.

- 1) l'acquisizione della suddivisione in 5 codici di priorità ha lo scopo di meglio stratificare la popolazione che si presenta in PS. Infatti, il precedente "codice verde", essendo 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. Con questo sistema a 5 codici inoltre ci si allinea alla maggior parte degli altri Paesi a livello internazionale;
- 2) l'affiancamento al codice colore dell'utilizzo di una numerazione da 1 a 5, per definire i codici di accesso, ha lo scopo di evitare la confusione con altri codici colore (rosa et altri) non indicativi di una priorità d'accesso ma di un percorso dedicato;
- 3) l'utilizzo del codice di priorità è finalizzato esclusivamente all'individuazione della priorità di accesso alle cure;
- 4) la presa in carico del paziente avviene al *triage* e non coincide necessariamente con l'inizio della visita medica;
- 5) l'infermiere di *triage*, dotato di autonomia professionale, può essere specificatamente autorizzato all'adozione di specifici protocolli interni che accelerano e ottimizzano la gestione di particolari tipologie di afferenze (come ad es. *fast track* e trattamento del dolore).

Per quanto non specificato nel presente documento si richiamano le linee guida nazionali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Bibliografia

1. "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", Accordo in Conferenza Stato Regioni - Ministero della salute (Rep. Atti n.143/CSR del 1° agosto 2019)
2. "Linee di Indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso", Accordo in Conferenza Stato Regioni - Ministero della salute (Rep. Atti n.143/CSR del 1 agosto 2019)
3. DPR "Linee d'indirizzo per l'attività di triage di Pronto Soccorso", Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso Luglio 2012
4. "Triage infermieristico" - GFT Gruppo Formazione Triage - Quarta Edizione (giugno 2019) - edizioni McGraw-Hill
5. Raccomandazione Ministeriale n. 15 "morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118e/o all'interno del Pronto Soccorso", Febbraio 2013 – Ministero della Salute
6. Regione Piemonte "Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo". DGR n. 7-3088 del 16.04.2021 in revoca del DD.G.R. n. 43-15182 del 23.03.2005 e n. 15-12160 del 21.09.2009.
7. Regione Toscana "Modello Organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso – Linee di indirizzo", Allegato A alla DGR N 806 del 24-07-2017
8. TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO PER L'ADULTO, Gruppo Regionale Triage, Manuale Operativo 2020, Versione n. 01 del 22/12/2020
9. TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO Schede Operative 2020, Gruppo Regionale Triage pediatrico, Versione n. 00 del 22/12/2020
10. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubinfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10. doi: 10.1001/jama.2016.0287. PMID: 26903338; PMCID: PMC4968574.
11. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Subinvestimento: M6 C2 I1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)"