

*IL TRIAGE INFERMIERISTICO*

**DAL TRIAGE AL POST TRIAGE**  
**L'EVOLUZIONE**



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI FERRARA  
- EX LABORE FRUCTUS -

**Michela Lonardi**

# LINEE GUIDA SUL SISTEMA di EMERGENZA SANITARIA CONCERNENTE: "TRIAGE" INTRAOSPEDALIERO ACCORDO 25/10/2001

## Allegato

### **LINEE GUIDA SUL "TRIAGE" INTRAOSPEDALIERO PER GLI UTENTI CHE ACCEDONO DIRETTAMENTE IN PRONTO SOCCORSO.**

Considerazioni generali. Il sistema di "triage" e' uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti. Questo processo, con cui i pazienti vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni, e' da distinguere dalla visita medica, in quanto l'obiettivo del "triage" e' proprio la definizione della prioritari con cui il paziente verra' visitato dal medico.

Il presente documento intende affrontare specificatamente la funzione di triage a livello ospedaliero ed in particolare nelle strutture complesse di pronto soccorso, come previsto dall'atto di intesa Stato regioni sulle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza-urgenza, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 laddove recita "all'interno del D.E.A. deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le prioritari di intervento. Tale funzione e' svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".



**LINEE GUIDA 1184-2010 per la corretta  
effettuazione del triage nei  
Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna**

**SISTEMA di TRIAGE**

**MODELLO OPERATIVO**

**PROCESSO DECISIONALE**

**RESPONSABILITA'  
INFERMIERISTICA**



**UTENZA**

**ORGANIZZAZIONE**

**LINEE GUIDA 1184-2010 per la corretta effettuazione del triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna**

# LINEE GUIDA 1184-2010 per la corretta effettuazione del triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia- Romagna

## *SISTEMI di TRIAGE*

- **ACCOGLIENZA** degli utenti che afferiscono in PS;
- **IDENTIFICAZIONE** delle priorità di accesso alle prestazioni;
- **DETERMINAZIONE** dell'area di trattamento più idonea;
- **REGOLAMENTAZIONE** del flusso dei pazienti che accedono;
- **RIVALUTAZIONE** dei pazienti che attendono in sala d'attesa;
- **EROGAZIONE** di informazioni relative agli utenti in carico;

# LINEE GUIDA 1184-2010 per la corretta effettuazione del triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna

## *MODELLO OPERATIVO*

- ***SISTEMA GLOBALE (presente a Ferrara)***

Si applica a tutte quelle strutture di PS presenti all'interno dei DEA di 2° livello e contempla la presenza fissa di almeno un Infermiere dedicato allo svolgimento della funzione di Triage

# **RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE**

***PROCESSO DECISIONALE***

**COMPETENZA E AUTONOMIA INFERMIERISTICA**

*Contempla le seguenti 5 fasi:*

- 1. Accoglienza**
- 2. Valutazione**
- 3. Codifica di priorità**
- 4. Trattamento**
- 5. Gestione dell'attesa**

# RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE

## *ACCOGLIENZA (COMPETENZA INFERMIERISTICA)*

- Tutti gli utenti che afferiscono al Pronto Soccorso sono accolti da un Infermiere formato all'attività di triage.

# **RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE**

***VALUTAZIONE (COMPETENZA INFERMIERISTICA)***

- ***RAPIDA (SULLA PORTA)***
- ***VALUTAZIONE SOGGETTIVA***
- ***VALUTAZIONE OGGETTIVA***

# **RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE**

***VALUTAZIONE***

***RAPIDA***

***ASPETTO GENERALE***

***PERVIETA' DELLE VIE AEREE***

***RESPIRO***

***CIRCOLO***

***ALTERAZIONI DELLO STATO di COSCIENZA***

# RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE

**VALUTAZIONE**

**SOGGETTIVA**

**INTERVISTA** (*paziente, familiari, autisti...*)

**SINTOMO PRINCIPALE** (*evento principale*)

**DOLORE**

**SINTOMI ASSOCIATI** (*astenia, vomito, cefalea...*)

**STORIA MEDICA PREGRESSA** (*IMA, ictus, FA...*)

# RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE

**VALUTAZIONE**

**OGGETTIVA**

**ESAME FISICO:**

Ispezione (guarda)

Auscultazione (ascolta)

Palpazione (senti)

**DATI OSSERVATI:** (come appare il paziente)

**DATI MISURATI:** (parametri vitali)

**DATI RICERCATI:** (esame fisico mirato)

# RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE

*VALUTAZIONE*

*INTUIZIONE/ESPERIENZA*

- Valutazione delle condizioni presenti del paziente
- Possibilità di complicanze entro breve e medio termine
- Disponibilità di risorse

# LA PRIMA VALUTAZIONE



## VALUTAZIONE

# RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE

*CODIFICA di PRIORITA'*  
*(COMPETENZA INFERMIERISTICA)*

*STRUMENTO PER STABILIRE LA PRIORITA' di ACCESSO AGLI  
AMBULATORI*

*PREVEDE 4 LIVELLI di CODIFICA:*

- *ROSSO*
- *GIALLO*
- *VERDE*
- *BIANCO*

## DOLORE TORACICO

- DOLORE PRESENTE
- CON INSTABILITA' EMODINAMICA
- SENZA INSTABILITA' EMODINAMICA A DISCREZIONE PER CPS > 4



**CODICE ROSSO**



- DOLORE PRESENTE
- SENZA INSTABILITA' EMODINAMICA
- CPS > 4
- ENTRO 10' CON LETTURA IN AMBULATORIO O ACCESSO IN AMBULATORIO



**CODICE GIALLO**



- DOLORE ASSENTE
- SCHEDA ANAMNESTICA CON CPS
- ECG AL PIU' PRESTO CON LETTURA IN AMBULATORIO



**CODICE VERDE**

CPS > 4  
DOLORE RECIDIVANTE  
RICOMPARSA DEL DOLORE  
ANAMNESI POSITIVA  
FAMILIARITA' - DIABETE



**SINTOMO PRINCIPALE: Dolore Toracico (Protocollo 2016)**

### CHEST PAIN SCORE

<b>LOCALIZZAZIONE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• RETROSTERNALE, PRECORDIALE</li><li>• EMITORACE SN, COLLO, MANDIBOLA, EPIGASTRIO</li><li>• APICE</li></ul>	+3 +2 -1
<b>CARATTERE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• OPPRESSIVO, STRAPPAMENTO, MORSA</li><li>• PESANTEZZA, RESTRINGIMENTO</li><li>• PUNTORIO, PLEURITICO, PINZETTANTE</li></ul>	+3 +2 -1
<b>IRRADIAZIONE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• BRACCIA, SPALLA, POSTERIORE, COLLO, MANDIBOLA</li></ul>	+1
<b>SINTOMI ASSOCIATI</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• DISPNEA, NAUSEA, SUDORAZIONE</li></ul>	+2

**RISULTATO: SCORE  $\leq$  4: ATIPICO**

**SCORE  $\geq$  4: TIPICO**

Ferrara, gennaio 2016

Il Coordinatore

CPSE A. Lenzi

Il Direttore U.O.

Dott. R. Melandri

Elaborato da: A. Bergamini; E. Bozzi; E. Migliari; S. Tresoldi

**SINTOMO PRINCIPALE: Dolore toracico (Protocollo 2016)**

# RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE

*GESTIONE DELLA SALA D'ATTESA* (COMPETENZA INFERMIERISTICA)  
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.

# RESPONSABILITA' VERSO L'UTENTE

*GESTIONE DELLA SALA D'ATTESA* (COMPETENZA INFERMIERISTICA)  
RIVALUTAZIONE

## **Perché ?**

- Mantenere un adeguato codice di priorità durante l'attesa
- Garantire continuità assistenziale e supporto psicologico
- Cogliere in tempo reale eventuali modifiche nei segni e sintomi

# *IL TRIAGE INFERMIERISTICO*

## *L'EVOLUZIONE COSA STA CAMBIANDO?*

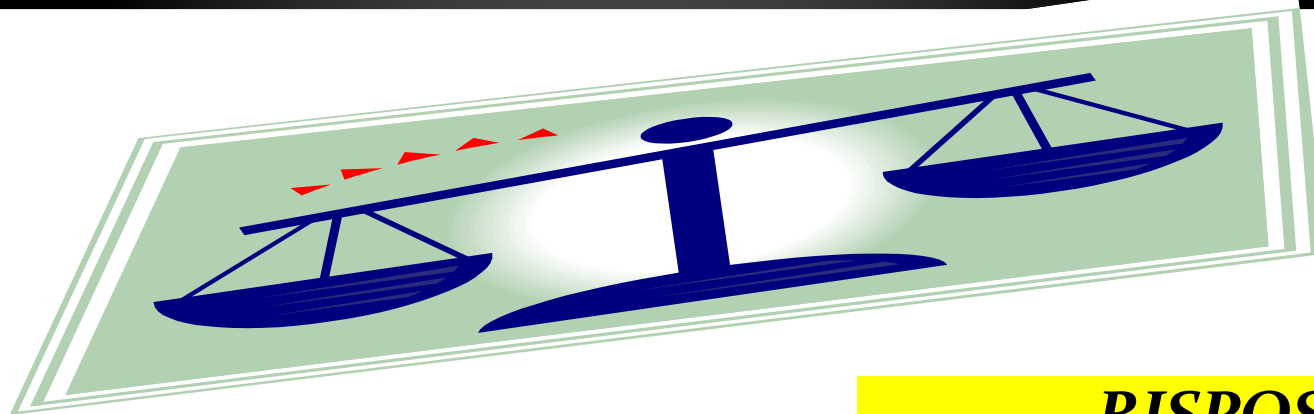


UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI FERRARA  
- EX LABORE FRUCTUS -

**Michela Lonardi**

## *IL TRIAGE INFERMIERISTICO*

**SOVRAFFOLAMENTO  
IPERAFFLUSSO (OVERCROWDING)  
TEMPI di ATTESA**

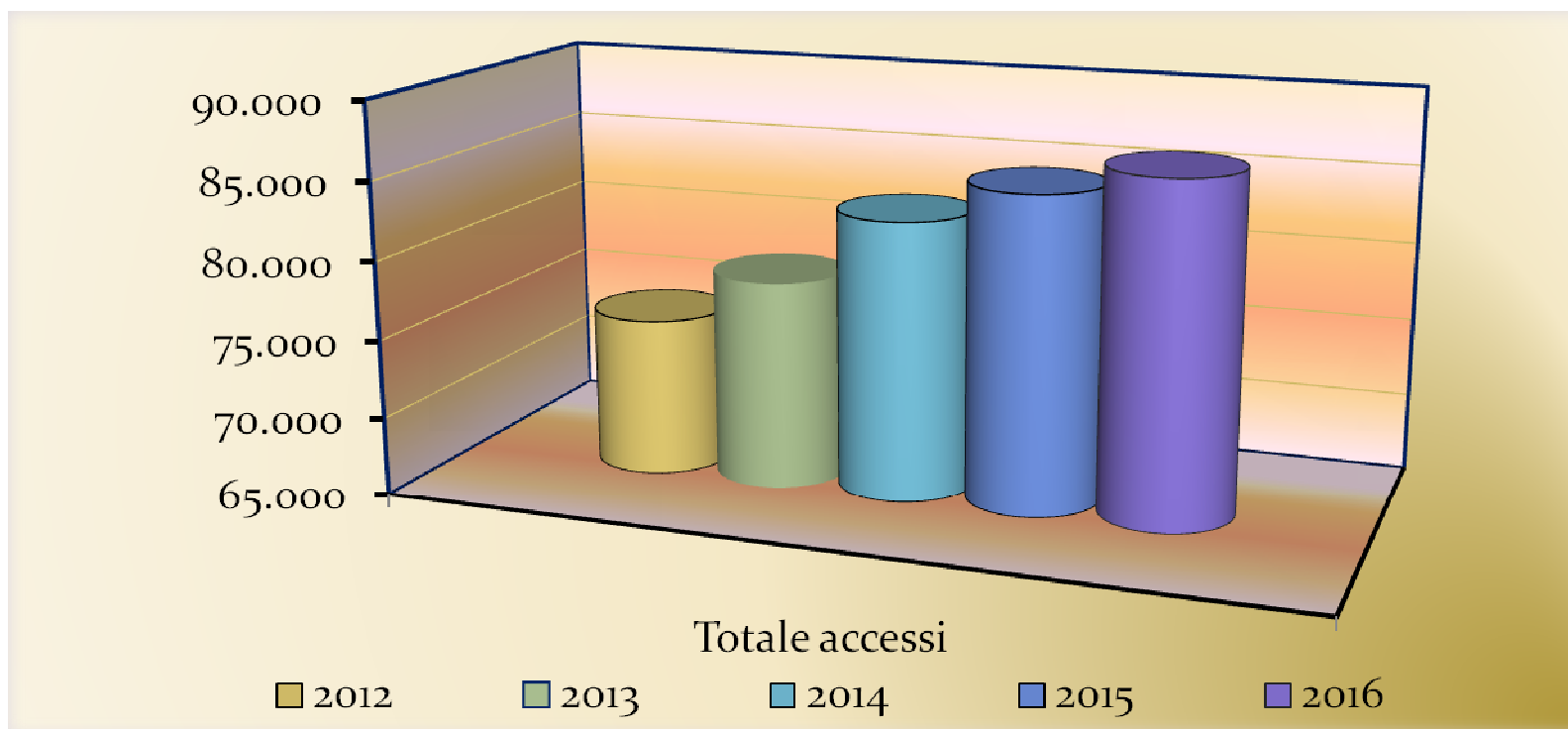


***DOMANDA***

***RISPOSTA***

**Michela Lonardi**

FUNZIONE di PRONTO SOCCORSO	2012	2013	2014	2015	2016
Totale accessi	75.127	78.312	82.831	85.125	86.656

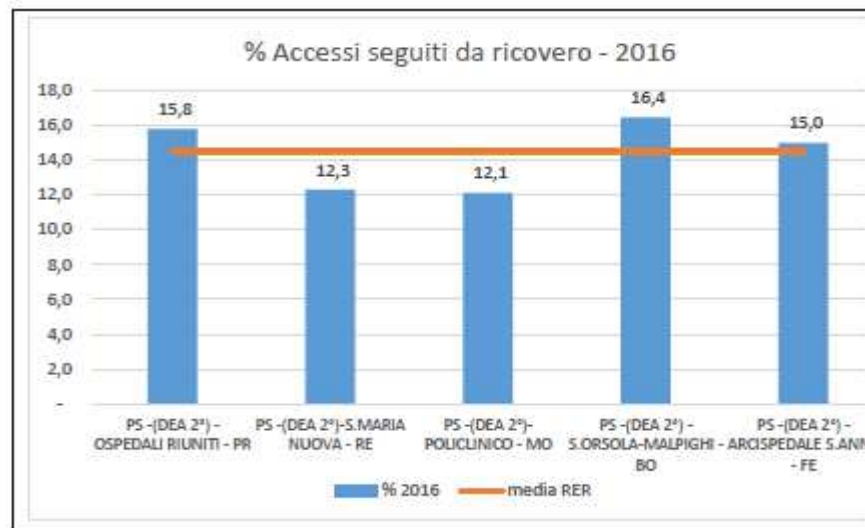


**TOTALE ACCESSI PRONTO SOCCORSO SANT'ANNA CONA**

# Programmazione e controllo di gestione

## Statistica sanitaria

FUNZIONE DI PRONTO SOCCORSO	anni	
	2015	2016
Totale accessi	85.100	88.656
<i>non ricoverati</i>	72.081	73.337
<i>ricoverati</i>	13.019	13.319
<b>% ricoveri sul totale accessi</b>	<b>15,3</b>	<b>15,4</b>
<b>* casi non conclusi + abbandono triage</b>	<b>2.034</b>	<b>2.571</b>
<i>* questi casi sono esclusi da tutte le tavole.</i>		
<b>n. medio di accessi al giorno</b>	<b>233</b>	<b>237</b>
<b>n. medio di accessi all'ora (nelle 24 ore)</b>	<b>9,7</b>	<b>9,9</b>



La Funzione di PS accoglie mediamente 237 pazienti al giorno, se si ipotizza un flusso costante nelle 24 ore arriva un paziente ogni 6 minuti.



In Italia si registrano 24 milioni di accessi/anno con un tasso di ricovero del 15% circa.

I dati della regione Emilia-Romagna sono in linea con quelli nazionali: negli ultimi anni appaiono stazionari i dati di accesso e di ricovero (circa 14%) ma vi è un progressivo aumento dei tempi di permanenza dei pazienti in PS.

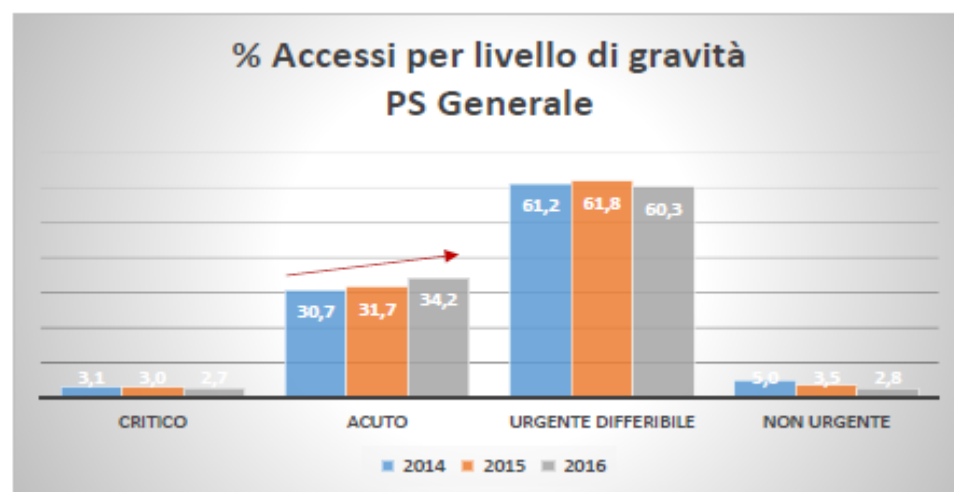
*(da: "Linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso dell'Emilia Romagna", SSR Emilia Romagna)*

# Programmazione e controllo di gestione

## Statistica sanitaria

Colore al triage e gravità alla chiusura della pratica

CdC P.S. 471 -Pronto Soccorso - totale												
colore in	anno											
colore al triage	2015					2016					% per colore in ingresso	
	colore in uscita				tot.	colore in uscita				tot.	2015	2016
	Critico	Acuto	Urgente differibile	Non urgente		Critico	Acuto	Urgente differibile	Non urgente			
rosso	892	401	63	-	1361	838	443	47	-	1336	3,0	2,9
giallo	379	9358	3270	30	13037	369	10625	4009	32	15035	28,7	32,6
verde	71	4613	24110	1116	29910	54	4724	23285	908	28971	65,8	62,7
bianco	4	15	640	464	1123	4	13	490	330	837	2,5	1,8
tot.	1348	14387	28083	1610	45431	1265	15805	27831	1270	46179	100,0	100,0
missing:5						missing:8						

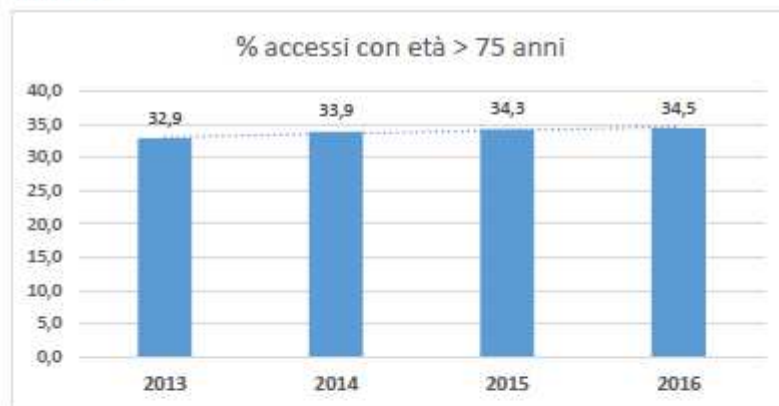


Aumentano gli accessi degli acuti, si riducono i non urgenti. La percentuale dei casi acuti cresce del 3.5% dal 2014 al 2016.

# Programmazione e controllo di gestione

## Statistica sanitaria

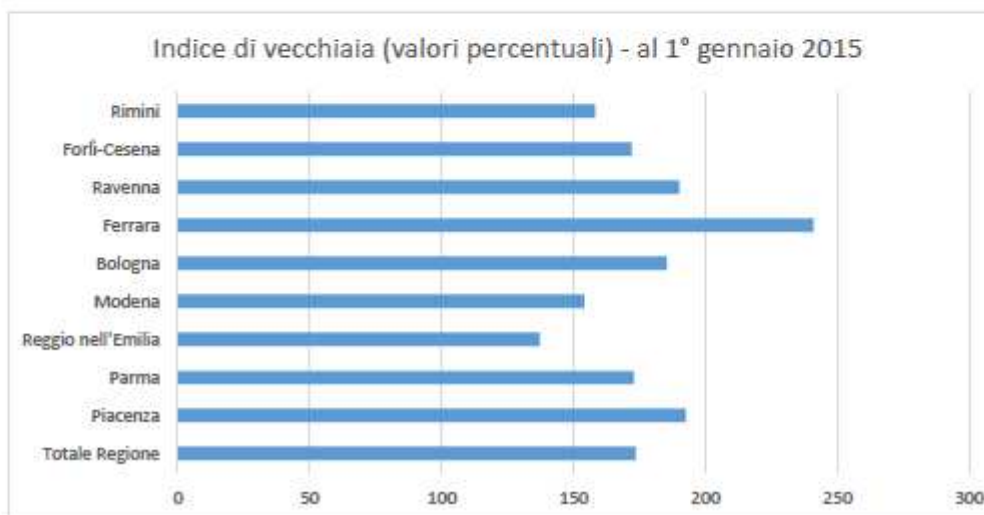
### Anziani



Le fasce di età più anziane sono maggiormente rappresentate dalle donne soprattutto nei PS Ortopedico, Generale e Oculistico.

**Indice di vecchiaia:** rappresenta il grado di invecchiamento della Popolazione. E' il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasettantacinquenni e il numero dei giovani fino a 14 anni. Nella provincia di Ferrara ci sono 241,2 anziani ogni 100 giovani.

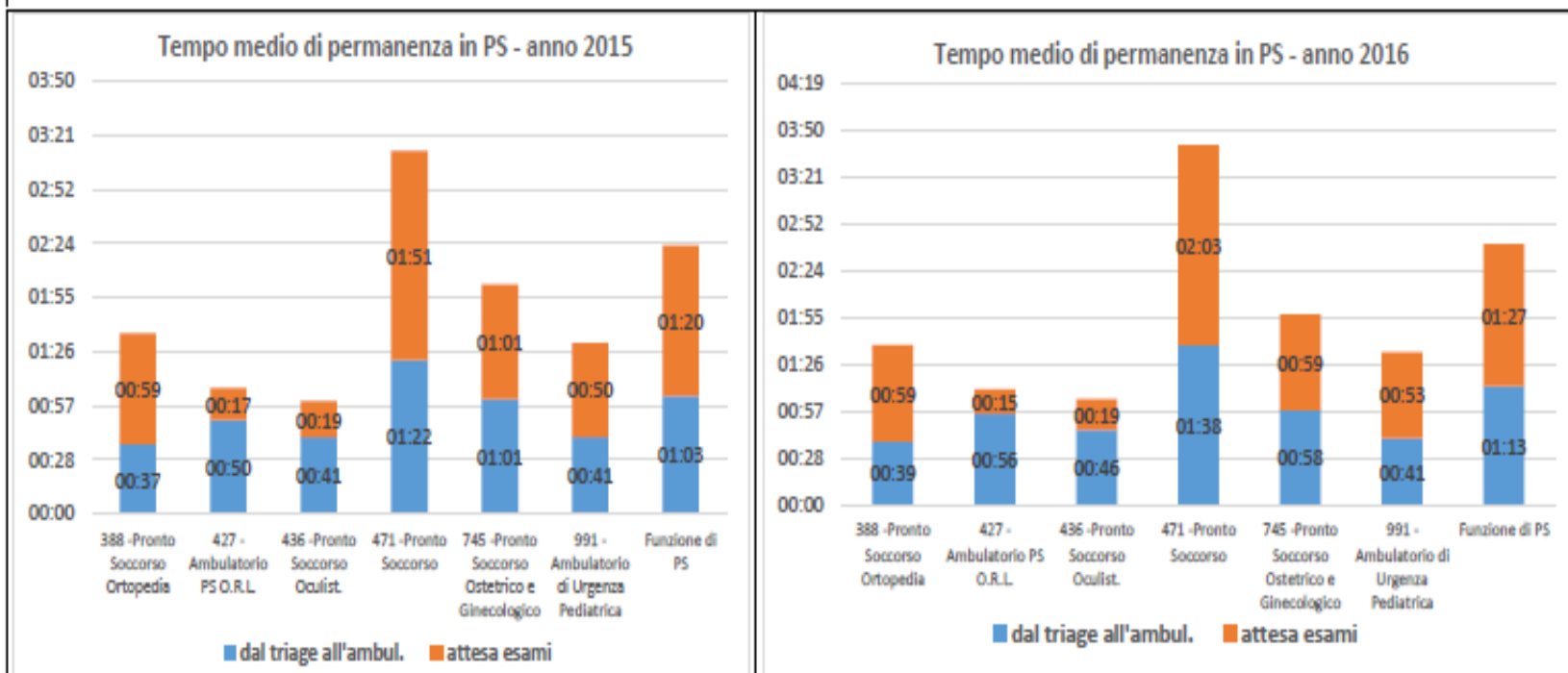
Il dato regionale è di 173,6.



# Programmazione e controllo di gestione Statistica sanitaria

## TEMPI di ATTESA

### Tempi di permanenza



I tempi di attesa si allungano.

dalle REGIONI:  
“Linee d’indirizzo  
per il triage in pronto soccorso”  
LUGLIO 2012

***Proposta dal COORDINAMENTO NAZIONALE***  
***TRIAGE del Pronto Soccorso (CNT)***



dalle REGIONI: “Linee d’indirizzo  
per il triage in pronto soccorso”  
**LUGLIO 2012**



**ORGANIZZAZIONE DEI FLUSSI di TRATTAMENTO**  
**FAST-TRACK ??**

Al termine della valutazione l’infermiere, assegnato il codice di Triage, attiva il percorso più appropriato tra quelli previsti dall’organizzazione, riducendo così l’intervallo diagnostico/terapeutico, agevolando e velocizzando il trattamento.

L’attivazione dei flussi di trattamento richiede la redazione di appositi protocolli e la realizzazione delle attività formative utili alla loro implementazione.

dalle REGIONI: “Linee d’indirizzo  
per il triage in pronto soccorso”  
**LUGLIO 2012**



***CODICI di PRIORITA' e TEMPI di ATTESA***

<b>Codice</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Definizione</b>	<b>Tempo massimo di attesa</b>
1.	EMERGENZA	assenza o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato alle aree di trattamento
2.	URGENZA	Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	Attivazione del percorso assistenziale entro 15 min
3.	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	Attivazione del percorso assistenziale entro 60 min
4.	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici	Attivazione del percorso assistenziale entro 120 min
5.	NON URGENZA	problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Attivazione del percorso entro 240 min

# TRIAGE E POST TRIAGE PRONTO SOCCORSO FERRARA (come migliorare)

**DETERMINAZIONE** dell'area di trattamento più idonea  
**REGOLAMENTAZIONE** del flusso dei pazienti che accedono

## PERCORSI

*PERCORSO IMA*

*PERCORSO STROKE*

*PERCORSO TIA*

## AREA PIU' IDONEA

*PRONTO SOCCORSO ORTOPEDICO*

*AMBULATORIO ORL (FAST TRACK)*

*PRONTO SOCCORSO OCULISTICO*

*AMBULATORIO DERMATOLOGICO*

## FLUSSI Interni dopo visita medica

*RADIOLOGIA*

*SPECIALISTI/CONSULENZE*

*LABORATORIO ANALISI*

# **TRIAGE E POST TRIAGE PRONTO SOCCORSO FERRARA (come migliorare)**

**ORGANIZZAZIONE PER FLUSSI  
AUMENTARE L'ASSISTENZA IN SALA di ATTESA**

- Presenza del FLOW MANAGER (INFERMIERE FLUSSISTA) al triage**
- PROTOCOLLO condiviso per il controllo del dolore in sala d'attesa, prima della visita medica**

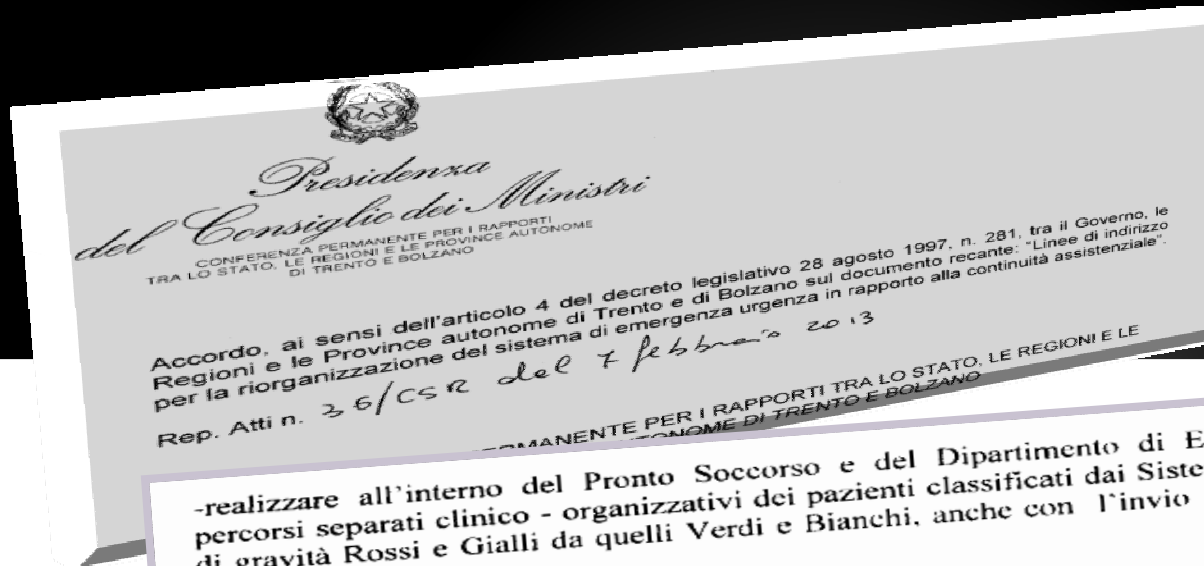
# **TRIAGE E POST TRIAGE PRONTO SOCCORSO FERRARA (come migliorare)**

COSA SI PUO' FARE ANCORA



**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 07/02/2013**

**“LINEE di INDIRIZZO PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA di EMERGENZA URGENZA IN RAPPORTO ALLA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE”**



Rep. Atti n. 36/CSR del 7 febbraio 2013

PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

-realizzare all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione percorsi separati clinico - organizzativi dei pazienti classificati dai Sistemi di Triage e di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, anche con l'invio di questi ultimi

CONSIGLIO DEI MINISTRI PRESIDIO

sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero:

-garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso

# **TRIAGE E POST TRIAGE PRONTO SOCCORSO FERRARA (come migliorare)**

## **CAMBIAMENTO STRUTTURALE**

- . SUDDIVIDERE IL PRONTO SOCCORSO IN AREE DEDICATE:  
codici a bassa complessità Bianchi e Verdi con minor urgenza, codici ad alta complessità Verdi urgenti, Gialli e Rossi;**
- . Sale d'attesa dedicate e controllate;**
- . Percorsi intraospedalieri separati e ben definiti per i codici a bassa complessità;**
- . Percorsi Diagnostico Terapeutici in rete con le Cure Primarie;**

IL TRIAGISTA... DI TUTTO... DI PIU'...



2

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**