

	MODELLI ORGANIZZATIVI in PRONTO SOCCORSO NUOVO TRIAGE e FAST-TRACK	UOSVD Governo Clinico e Qualità UU.OO. MeCAU PP.OO. Barletta - Andria - Bisceglie
---	---	---

MODELLI ORGANIZZATIVI in PRONTO SOCCORSO NUOVO TRIAGE e FAST-TRACK

REDATTO DA:	
Dott.ssa Sabina Di Donato	Responsabile UOSVD Governo Clinico e Qualità
Dott. Giuseppe Dipaola	Responsabile f.f. UOC MeCAU P.O. Barletta
Dott. Leonardo Di Leo	Infermiere P. O. Pianificazione e Gestione dei Piani Sanitari d'Emergenza
Dott. Gianluigi Piazzolla	Infermiere UOC MeCAU P.O. Barletta

GRUPPO DI LAVORO	
Dott. Michele Barbara	Direttore Dipartimento Neurosensoriale
Dott. Baldassarre Martire	Direttore UOC Pediatria P.O. Barletta
Dott. Rocco Colasuonno	Direttore UOC Ortopedia P.O. Barletta
Dott. Tiziano Pio Valentino	Direttore UOC MeCAU P.O. Andria e Barletta
Dott. Vito Felice Montaruli	Direttore UOC Oculistica P.O. Barletta
Dott. Michele Ardito	Responsabile f.f. U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Barletta
Dott. Piero Lalli	Dirigente medico U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Barletta
Dott. Leonardo Di Terlizzi	Direttore UOC Pediatria P.O. Andria
Dott. Vito Conserva	Direttore UOC Ortopedia P.O. Andria
Dott. Michele Strippoli	Responsabile f.f. UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Andria
Dott. Luigi Papa	Responsabile UOSVD MeCAU P.O. Bisceglie
Dott. Domenico Paternostro	Direttore UO Pediatria P.O. Bisceglie
Dott. Salvatore Lotito	Responsabile UOSVD Ortopedia P.O. Bisceglie
Dott. Angelo Giosuè Gargiulo	Responsabile UOSVD Ostetricia e Ginecologia P.O. Bisceglie
Dott. Donato Iacobone	Responsabile Sistema Provinciale Emergenza Sanitaria "118"

REVISIONE	DATA	VERIFICATO	APPROVATO
0	14/05/2020	Direttore Dipartimento Chirurgico Dott. Enrico Restini Direttore Dipartimento Neurosensoriale Dott. Michele Barbara Direttore Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze Dott. Giuseppe Cataldi Direttore del Dipartimento Ospedaliero Dott. Francesco Giuseppe Doronzo Responsabile UOSVD Governo Clinico e Qualità Dott.ssa Sabina Di Donato	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Vito Campanile

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	4
3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
4. TERMINI E DEFINIZIONI	6
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	6
6. DEFINIZIONE DI TRIAGE	6
6.1 FINALITÀ	7
6.2 MODELLO DI RIFERIMENTO.....	7
6.3 PARAMETRI VITALI.....	8
7. CODICI DI PRIORITÀ	10
7.1 ACCOGLIENZA E ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI PRIORITÀ	12
7.2 RIVALUTAZIONE DEL CODICE DI PRIORITÀ	12
8. IL FAST-TRACK.....	13
8.1 MODALITÀ OPERATIVE FAST-TRACK.....	14
9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	16

1. PREMESSA

Il Pronto Soccorso (P.S.) rappresenta, spesso, la porta di accesso al Servizio Sanitario Nazionale e la sua attività configura un aspetto cardine all'interno di tutto il sistema di emergenza-urgenza. I servizi di P.S. garantiscono accesso alle cure secondo criteri di priorità, equità, efficienza ed efficacia, attraverso risposte adeguate ai bisogni urgenti di salute dei cittadini che vi afferiscono in modo non preordinato, con esigenze e necessità diverse.

Il Pronto Soccorso a livello nazionale ed internazionale condividono problematiche legate al sovraccollamento (*"overcrowding o crowding"*), ovvero la mancata corrispondenza tra il numero dei pazienti presenti e/o la disponibilità di postazioni e/o le capacità assistenziali del personale, che può avere ripercussioni sulla qualità del servizio. Tale condizione si realizza quando vi è discrepanza tra *"domanda"* (accessi al Pronto Soccorso) e *"offerta"* (capacità di assorbimento del sistema emergenza-urgenza), pertanto, due sono le variabili sulle quali necessariamente intervenire al fine di razionalizzare e migliorare la capacità del sistema.

Sotto il profilo della *"domanda"* numerosi fattori possono concorrere:

- incremento della popolazione generale e in età avanzata;
- limitata attività di filtro da parte dei servizi di assistenza territoriale, anche per ingiustificati atteggiamenti di cosiddetta *"medicina difensiva"*;
- incremento delle cronicità difficilmente gestite sul territorio;
- stagionalità di condizioni morbose.

Sotto il profilo dell'*offerta*, invece, le variabili che incidono possono essere identificate in:

- inadeguata strutturazione degli accessi, in termini sia logistici che di personale;
- mancato assorbimento da parte delle strutture ricettive, ospedaliere ed extraospedaliere;
- mancata/carente appropriatezza nelle disposizioni di ricovero;
- ingiustificati atteggiamenti di *"medicina difensiva"* da parte degli operatori di Pronto Soccorso.

Il sovraccollamento è, quindi, un evento multifattoriale, che è descritto e affrontato secondo un modello centrato su tre fasi assistenziali del paziente:

1. **INPUT:** processi che influenzano il sovraccollamento del PS che stanno a monte del PS stesso: crisi delle cure primarie, accesso filtrato dalla periferia, reti assistenziali, utilizzo inappropriato del PS, accesso mediato da convenzione e altro. L'Accesso dei pazienti: può essere autonomo, mediante servizio 118, ambulanze private, Forze dell'Ordine;
2. **THROUGHPUT:** gestione del paziente in pronto soccorso: triage e/o Nucleo Assistenziale Avanzato, visita medica, valutazione diagnostica, trattamento, osservazione;
3. **OUTPUT:** processi relativi alla dimissione dal PS (assenza di strutture di riferimento e continuità assistenziale sul territorio) o al ricovero in ospedale per indisponibilità di posto letto (Access Block) o al trasferimento ad altra struttura.

Facendo riferimento al suddetto modello di flusso del sistema di emergenza basato su 3 macrofasi (Asplin et al 2003), è stato ampiamente dimostrato che il maggior contributo al sovraccollamento del sistema è determinato non tanto dai fattori di input (ingresso) quanto dai fattori di throughput (processo) e di output (uscita). Questi ultimi, contrariamente al primo, sono significativamente modificabili adottando adeguate strategie riorganizzative.

Si è già detto che tra i fattori di *"input"* l'incidenza maggiore è da ascrivere all'incremento degli accessi per patologie legate all'epidemiologia stagionale (es. epidemie influenzali e ondate di calore), ovvero anche i fattori contingenti non prevedibili e non programmabili.

Tra i fattori di *"throughput"* quello che incide maggiormente sul progressivo aumento dei tempi di permanenza in P.S. è la necessità di attivare consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici strumentali, in particolare quelli di livello più avanzato. Tali elementi intervengono sempre con maggiore

frequenza, sia per l'aumento dell'età media dei pazienti e delle comorbilità, sia per le evidenti necessità del sistema di dover garantire ricoveri appropriati e dimissioni sicure.

Tra i fattori di *“output”* pesa maggiormente la difficoltà nel reperire tempestivamente posti letto per ricoverare i pazienti per i quali vi è indicazione. Questo fenomeno è noto con il termine di *“boarding”* (permanenza in Pronto Soccorso in attesa di posto letto, per un periodo di tempo superiore alle 6-8 ore, di pazienti per i quali è stata appurata la necessità di ricovero) ed è il fattore che, in termini generali, ha il maggior *“peso”* nel determinare il sovraffollamento in PS.

Il sovraffollamento altera in modo rilevante la qualità del servizio erogato in Pronto Soccorso determinando:

- limitazione nell'accesso tempestivo alle cure con potenziale peggioramento degli esiti delle prestazioni effettuate;
- insoddisfazione dei pazienti rispetto alla qualità delle cure percepita, che può eventualmente sfociare in episodi di violenza nei confronti degli operatori;
- interferenza nella tempestività delle cure e incremento dei reali o potenziali eventi avversi/sentinella;
- prolungamento dei tempi di permanenza in ospedale con incremento dei costi complessivi;
- potenziale incremento del contenzioso medico-legale, con i relativi costi;
- problematiche di burn-out dei professionisti.

Il sovraffollamento è, dunque, un problema prioritario e assai frequente: impatta negativamente sulla qualità percepita dell'offerta sanitaria e potenzialmente anche in quella reale, sia in termini di sicurezza e qualità di cure erogate ai pazienti che di benessere psicofisico degli operatori.

Esso deve essere considerato una criticità organizzativa non solo del P.S. ma dell'intera Azienda.

Al fine di promuovere l'efficientamento del sistema e tenendo conto dell'evolversi delle competenze professionali della figura infermieristica, vengono implementati nuovi modelli organizzativi, tra cui il Fast-Track, ormai stabilmente in uso in diverse realtà. Esso rappresenta un modello di risposta alle urgenze minori in cui l'infermiere di triage, autonomamente ma secondo protocolli stabiliti e concordati con i diversi specialisti, invia direttamente allo specialista competente il paziente che presenta un quadro di patologia minore e monospecialistica.

L'emergenza dettata dalla pandemia COVID19 ha reso ancora più necessario accelerare i processi di riorganizzazione del P.S., nell'ottica di *“evitare le condizioni di affollamento o anche solo di “vicinanza” fisica fra le persone in Pronto Soccorso ed è anche per questo motivo che devono essere privilegiati i percorsi come il fast-track”* (position paper SIMEU 11 maggio 2020).

L'attribuzione del codice triage rappresenta un momento essenziale nell'assistenza, in cui si possono verificare anche degli errori; al fine di contrastare questo aspetto, l'ASL BT ha elaborato una procedura operativa con delibera n. 1661 del 09/11/2015 avente ad oggetto *“Adozione protocollo aziendale Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage all'interno del pronto soccorso”* rivolta a definire e uniformare le modalità del processo di triage rivolto a tutti gli utenti che accedono alle U.O. di Medicina e Chirurgia Accettazione Urgenza, così da ridurre al minimo possibile gli errori di valutazione e di assegnazione del codice potenzialmente in grado di determinare un danno grave o la morte del paziente.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Position paper SIMEU 11 maggio 2020 *“organizzazione dei pronto soccorso e dei percorsi paziente nella fase 2 della pandemia COVID-19”*.
- Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero, Ministero della Salute *“Direzione Generale della Programmazione Sanitaria”*, agosto 2019
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013: *“Morte o grave danno conseguente a*

non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso

- ACCORDO Stato Regioni del 25.10.2001 "Linee Guida su Triage intraospedaliero valutazione gravità all'ingresso e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza urgenza sanitaria".
- ATTO D'INTESA Stato Regioni del maggio 1996 "Atto d'intesa Stato Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992".
- D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza".

3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica all'interno dei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri Aziendali.

Esso nasce dall'esigenza di identificare ed adottare una strategia organizzativa finalizzata alla gestione del sovraffollamento di pazienti in PS e recepisce le nuove Linee di Indirizzo Nazionali (Codici Triage), redatte dal Ministero della Salute.

Scopo del protocollo è la strutturazione di percorsi veloci (fast-track) dedicati ai pazienti in P.S. affetti da patologie monospecialistiche minori che non rivestono carattere di emergenza-urgenza e che, per questo motivo, tendono spesso a permanere a lungo dovendo doverosamente attendere l'espletamento della presa in carico dei codici rossi e gialli.

Un altro obiettivo del percorso Fast-Track è quello di ridurre la percentuale degli abbandoni in P.S. che, ad esempio, nella UOC MeCAU del P.O. di Barletta nel 2019 sono stati 3.171 pari al 6,68%, una percentuale decisamente superiore al 5% che è quella raccomandata dal Laboratorio Management e Sanità (MeS), della Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa; infatti, capita spesso che il paziente affetto da patologia minore, inviato in consulenza, avendo risolto la problematica di salute, non ritorni in P.S. per il ritiro della documentazioni e quindi per la chiusura dell'episodio assistenziale.

Quindi, l'obiettivo è quello di definire un percorso condiviso di governance complessiva che, partendo dalla razionale modellizzazione del PS ed attraverso la definizione di procedure interne allo stesso ed alle ulteriori UU.OO. interessate, consenta di snellire ed ottimizzare le fasi di "processo" e di "uscita" del paziente dal sistema di emergenza-urgenza, garantendo un efficace e tempestivo percorso di cura.

La letteratura indica che, con l'adozione del modello organizzativo Fast-Track, sono migliorati i tempi di attesa, l'abbandono in attesa di visita, la soddisfazione del paziente e che la mortalità e la morbilità risultano invariati dopo l'applicazione di questo modello.

4. TERMINI E DEFINIZIONI

AcEMC	Academy of Emergency Medicine and Care
SIMEU	Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza
SIMEUP	Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica
ANIARTI	Associazione Nazionale Infermieri di Area critica
G.C.S.	Glasgow Coma Scale
GFT	Gruppo Formazione Triage
CAREGIVERS	Colui che si prende cura del paziente
Me.C.A.U.	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza
N.A.A.	Nucleo Assistenziale Avanzato
O.B.I.	Osservazione Breve Intensiva
OVERCROWDING	Sovraffollamento
P.D.T.A.	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
P.S.	Pronto Soccorso
P.V.	Parametro Vitale
U.O.	Unità Operativa
U.O.C.	Unità Operativa Complessa
U.O.S.V.D.	Unità Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	Invio pz al med specialista	Attribuz. Cod. colore dimissione	Formazione Informazione	Conservazione Documentazioni	Corretta applicazione	Verifica/Vigilanza
Direttore Sanitario P.O.			C	R	C	C
Responsabile Governo Clinico e Qualità			C		C	C
Direttore U.O. MCAU	I	I	R	C	R	R
Coord. Infermiere MCAU	I		R	C	R	R
Medico MCAU	C		C	C	C	C
Infermiere Triagista	R	I	C	C	C	C
Pers. di supporto Inferm.	C					
Direttore U.O. consulenza	C	I	R	C	R	R
Medico Specialista U.O.	I	R	C	C	C	C

R= Responsabile; C= Collabora; I= Informato

6. DEFINIZIONE DI TRIAGE

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del suo rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti,

ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi in emergenza e urgenza. La funzione di Triage deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore.

6.1 FINALITÀ

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

Gli obiettivi del Triage in PS si configurano, pertanto, nelle seguenti azioni:

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

6.2 MODELLO DI RIFERIMENTO

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

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

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

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

- 1) **Valutazione immediata** (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
- 2) **Valutazione soggettiva e oggettiva:**
 - a. valutazione soggettiva, viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata),

- b. valutazione oggettiva, viene effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
- 3) **Decisione di Triage:** consiste nell'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
- 4) **Rivalutazione:** si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.

6.3 PARAMETRI VITALI

Un aspetto fondamentale nella valutazione infermieristica del paziente ai fini dell'attribuzione del codice triage è dato dai parametri vitali. I parametri vitali sono espressione di funzioni i cui valori esprimono lo stato di salute dell'organismo umano. Sono rilevabili in modo standardizzato, quindi ripetibili dai diversi operatori sanitari. Costituiscono parte essenziale della valutazione oggettiva, ma sono altrettanto importanti anche nella rivalutazione.

Gli obiettivi che ci poniamo con la rilevazione dei parametri vitali sono:

- Identificare precocemente un cedimento o un potenziale cedimento di una funzione vitale;
- Individuare un'eventuale evoluzione delle condizioni del paziente;
- Consentire un monitoraggio nel tempo delle funzioni vitali.

Possono modificarsi singolarmente o essere interdipendenti; se risultano in un range di normalità non garantiscono comunque uno stato fisiologico normale. I trend delle osservazioni sono più significativi delle singole misurazioni. La loro rilevazione non è richiesta in modo standardizzato per tutti i pazienti, ma in relazione al sintomo principale presentato dal paziente e alle condizioni cliniche nonché ai protocolli di riferimento per quel sintomo; è altresì sicuramente richiesta in modo puntuale e completo quando la valutazione soggettiva, l'osservazione e l'esame fisico del paziente evidenziano disfunzioni di organi vitali in atto o situazioni cliniche mediche o traumatiche potenzialmente evolutive. Nelle condizioni che richiedono la loro misurazione non è necessario rilevarli tutti: la misurazione può cessare quando l'infermiere di triage ha gli elementi sufficienti per assegnare un codice di priorità.

I parametri vitali (PV) sono i seguenti:

- Pressione arteriosa sistolica (PA max) e diastolica (PA min);
- Frequenza cardiaca (FC);
- Frequenza Respiratoria (FR);
- Temperatura corporea.

A questi, che sono considerati i "parametri classici" per quanto riguarda lo specifico del triage, vanno aggiunti:

- Dolore;
- Livello di coscienza misurato con GCS (Glasgow Coma Scale);
- Saturazione periferica di ossigeno (SpO₂) misurata con il pulsossimetro.

Il dolore è considerato da molti professionisti come il quinto PV; va specificato che non è "strettamente" un parametro vitale, ma indica sofferenza della persona, ha grande importanza etica e può indurre modifiche di alcuni parametri vitali (FC, PA, FR, SpO₂). Va misurato tutte le volte che si è di fronte a patologie che possono causare dolore anche lieve o quando il paziente riferisce di avere dolore. Deve trovare uno spazio di registrazione nella scheda di triage.

Range di normalità dei PV nell'adulto e valori di allarme

È necessario sottolineare che in letteratura esistono molte differenze sui valori ritenuti "minacciosi" dei parametri vitali, in particolare si riscontrano maggiori difficoltà nel definire i valori massimi "pericolosi" di alcuni parametri, mentre c'è maggior coerenza sulle definizioni dei parametri "minacciosi" nei loro valori

minimi. In questo protocollo abbiamo scelto di utilizzare i valori che trovano maggior consenso in letteratura soprattutto in ambito di emergenza-urgenza.

Pressione Arteriosa (PA)

- Range di normalità: PA max 90-140, PA min 60-90
- Valori di allarme: (PA max <90 o >180; PA min <50 o >140).

la rilevazione della PA può essere manuale o strumentale mediante dispositivi (monitor multiparametrici).

Frequenza Cardiaca (FC)

- Range di normalità: FC 60-100 battiti/min (polso radiale ritmico).
- Valori di allarme: FC <50 o >130. Considerare anche la ritmicità: un polso aritmico incrementa il rischio evolutivo.

Per la rilevazione di questo parametro si utilizza generalmente il pulsossimetro perché oltre la saturazione periferica di O₂ fornisce anche informazioni relative alla frequenza cardiaca. Non avvalersi solo dello strumento, in quanto possono esserci fattori che influenzano in maniera negativa la misurazione, per esempio un polso debole o molto aritmico, ma di rilevare il parametro manualmente, sia al polso radiale ed eventualmente carotideo se il primo è mal apprezzabile; ciò consente non solo di valutare il polso, ma di creare un vero contatto e presa in carico della persona, con la possibilità di apprezzare oltre la ritmicità (bradicardia, tachicardia, aritmia) e la frequenza anche l'ampiezza (forte, debole o normale).

Frequenza respiratoria (FR)

- Range di normalità: FR 12-20 atti/min.
- Valori di allarme: FR <10 o >28.

La FR è un parametro importante che purtroppo non sempre viene rilevato, o perlomeno documentato. È un parametro ampiamente utilizzato negli score di severità clinica.

La FR va rilevata per un intero minuto e va documentata nella decisione di triage, in quanto ha un peso notevole, in associazione a saturazione, frequenza cardiaca e segni e sintomi clinici.

Temperatura corporea (TC)

- Range di normalità:
 - TC ascellare: 35,6-36,7 °C
 - TC timpanica: 36,2-37,2 °C.
- Valori di allarme: TC timpanica <34 o >39 °C

La misura indicata nel Pronto Soccorso è quella timpanica, veloce da rilevare e sufficientemente precisa.

A livello clinico la temperatura è un parametro che da molte indicazioni sia in caso di ipertermia a livello sistemico, ma anche a livello di singoli distretti (per esempio la differenza di temperatura tra un arto e l'altro può indurre a ipotizzare situazioni di insufficienza vascolare.

Saturazione periferica di ossigeno (SpO₂)

- Range di normalità: SpO₂ 97-99%
- Valori di allarme: SpO₂ <97% in paziente sano. Correlare alla FR.

La sede di rilevazione più frequente è l'applicazione del sensore a pinza su un dito (dopo aver rimosso smalto o sangue dall'unghia), in alcuni casi si utilizzano sedi alternative come il lobo dell'orecchio, e nel neonato anche il dorso del piede o il tallone.

Livello di coscienza

- Range di normalità: GCS: 15
- Valori di allarme: GCS: ≤13

PUNTEGGIO GLASGOW COMA SCORE ADULTO:

Apertura Occhi		Risosta verbale		Risposta motoria	
Apertura spontanea	4	Orientata	5	Ubbidisce al comando	6
Alla voce	3	Confusa	4	Localizza il dolore	5
Al Dolore	2	Inappropriata	3	Retrae al dolore	4
Nessuna	1	Incomprensibile	2	Flette al dolore	3
		Nessuna	1	Estende al dolore	2
				Nessuna	1

PUNTEGGIO GLASGOW COMA SCORE PEDIATRICO (<2 ANNI)

Apertura Occhi		Risosta verbale		Risposta motoria	
Spontanea	4	Vocalizza	5	Movimenti spontanei	6
Al richiamo	3	Irritabile, piange	4	Ritira l'arto al contatto	5
Al Dolore	2	Piange al dolore	3	Ritira l'arto al dolore	4
Nessuna	1	Si lamenta al dolore	2	Flette in maniera anomala al dolore	3
		Nessuna	1	Estende in maniera anomala al dolore	2
				Nessuna	1

Range di normalità dei parametri vitali nel bambino

	FC/veglia	FC/sonno	FR	PA sistolica	PA diastolica
Neonato	100-180	80-160	40-60	60-90	20-60
Lattante (6 mesi)	100-160	75-160	30-60	87-105	53-66
Prima infanzia (2 anni)	80-110	60-90	24-40	95-105	53-66
Seconda infanzia (5 anni)	70-100	60-90	22-34	96-110	55-69
Età scolare (7 anni)	65-110	60-90	18-30	97-112	57-71
Adolescente (15 anni)	60-90	50-90	12-16	112-128	66-80

7. CODICI DI PRIORITÀ

L'assegnazione del codice di priorità è l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di Triage ed è basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione. Ciò determina la priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse. Non necessariamente il codice di priorità assegnato al Triage corrisponde alla gravità del paziente; soltanto l'integrazione con la successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, permetterà di disporre di quegli elementi per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica del caso. Nella decisione di Triage, oltre ai sintomi ed al possibile rischio evolutivo, devono essere considerati anche ulteriori fattori che condizionano il livello di priorità e la qualità dell'assistenza da fornire per una corretta presa in carico, come il dolore, l'età, la disabilità, la fragilità, le particolarità organizzative e di contesto. Per questi motivi è necessario che la gestione della lista di attesa avvenga ad opera dell'infermiere di Triage. La metodologia dell'attribuzione della codifica ha permesso in questi anni di rispondere alle esigenze di gestione di un aumento progressivo della richiesta di prestazioni ospedaliere. Infatti, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti gli standard temporali previsti (tempo massimo di attesa) per l'inizio del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA), ponderati sulla base degli studi effettuati dalle società scientifiche ed in accordo con la letteratura internazionale. In nessun caso il codice di priorità può essere usato per altri scopi che non siano l'individuazione della priorità dell'accesso alle cure. Eventuali ulteriori codifiche di percorsi clinico assistenziali successivi al Triage, devono essere chiaramente diversificate

dal codice di priorità, evitando ulteriori stratificazioni o differenti sistemi di codifica aggiuntiva.

Nel modello proposto dal Ministero della Salute “Direzione Generale della Programmazione Sanitaria” nelle Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero dell’agosto 2019 si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di priorità.

Le Regioni possono associare al codice numerico anche il codice colore, secondo quanto riportato nella Tabella n. 1: Nuova codifica di priorità e tempi di attesa. Si rappresenta che fino all’aggiornamento del sistema informativo Edotto saranno utilizzati i codici colore come riportato nella Tabella n. 2.

La nuova codifica consente di focalizzare l’attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell’ambito dell’urgenza differibile, individuando l’ambito delle patologie da definire come urgenza minore. L’implementazione della nuova codifica dovrà avvenire progressivamente, entro 18 mesi dalla pubblicazione del presente documento. Per ognuno dei 5 codici, si indica anche il tempo massimo di attesa per l’accesso alle aree di trattamento, che va dall’accesso immediato per l’emergenza all’accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza. Nella tabella che segue sono riportati i cinque livelli, la loro denominazione, la loro definizione e i tempi massimi di attesa per l’accesso alle aree di trattamento.

TABELLA N. 1 – Nuova codifica di priorità di attesa

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Max attesa per l’accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	interruzione o compromissione di 1 o più funzioni vitali	accesso IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	rischio di compromissione delle funzioni vitali. condizione con rischio evolutivo o dolore severo	accesso <15 MIN
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	accesso < 60 MIN
4	VERDE	URGENZA MINORE	condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici monospecialistiche	accesso <120 MIN
5	BIANCO	NON URGENZA	problema non urgente o di minima rilevanza clinica	accesso <240 MIN

TABELLA N. 2 – Codifica di priorità fino all’aggiornamento del sistema informativo Edotto

TRIAGE: codifica di priorità in uso fino all’aggiornamento di Edotto		
CODICE	DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE
ROSSO	ASSOLUTA URGENZA	molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure
GIALLO	PERICOLO	mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita
VERDE	INTERVENTO DIFFERIBILE	poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili
BIANCO	NON URGENTE	non critico, pazienti non urgenti

7.1 ACCOGLIENZA E ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI PRIORITÀ

Con la definizione di Accoglienza in Triage ci si riferisce alla presa in carico globale della persona e alla gestione delle informazioni con i relativi caregivers, dal momento dell'arrivo in P.S. e durante l'attesa.

Questa è una fase critica del rapporto tra il cittadino e il Servizio Sanitario, perché gravata da aspettative emotivamente importanti relative alla necessità di ottenere una soddisfazione rapida del proprio bisogno di salute.

Nelle diverse esperienze internazionali è ormai riconosciuta la complementarità degli interventi sanitari e psicosociali nei confronti della popolazione. E' evidente, quindi, la necessità di una stretta relazione metodologica tra gli aspetti sanitari e quelli psicosociali negli interventi di assistenza e supporto agli utenti.

7.2 RIVALUTAZIONE DEL CODICE DI PRIORITÀ

L'inizio del Triage, ovvero la valutazione sulla porta, deve esser garantito di norma entro 5 minuti a tutti coloro che accedono al Pronto Soccorso.

La rivalutazione rappresenta una fase imprescindibile del processo di Triage e si definisce come l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa, mediante il rilievo periodico dei parametri soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute (v. Tabella n. 3: Modalità e tempi di rivalutazione).

Nella tabella che segue sono riportati, per ognuno dei 5 codici numerici/colore e dei relativi tempi di attesa, le modalità di rivalutazione che comprendono il monitoraggio costante delle condizioni con osservazione diretta o video mediata per i casi di urgenza, la ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione nel caso di urgenze differibili, urgenze minori o non urgenze.

Qualunque modifica dei parametri rilevata durante la fase di rivalutazione potrà determinare una variazione anche dei relativi tempi di attesa.

A seguito della fase di accoglienza, in sede di Triage è possibile, così come enunciato all'interno delle Linee Guida Ministeriali, l'attivazione di percorsi di cura predefiniti come i percorsi gestione infermieristica come appunto il Fast-Track.

TABELLA N. 3 - MODALITÀ E TEMPI DI RIVALUTAZIONE

CODICE	DENOMINAZIONE	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	MODALITÀ DI RIVALUTAZIONE
1	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO	NESSUNA RIVALUTAZIONE
2	URGENZA	ACCESSO <15 MIN	OSSERVAZIONE DIRETTA O VIDEO MEDIATA CON MONITORAGGIO COSTANTE DELLE CONDIZIONI
3	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO <60 MIN	RIPETIZIONE DI PARTE O TUTTE LE FASI DI VALUTAZIONE:
4	URGENZA MINORE	ACCESSO <120 MIN.	<ul style="list-style-type: none"> • a giudizio dell'infermiere di triage • a richiesta del paziente • una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato
5	NON URGENZA	ACCESSO <240 MIN.	

8. IL FAST-TRACK

Il Fast-Track è un modello assistenziale che si applica ai pazienti in P.S. affetti da una patologia di pertinenza mono-specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, pediatria e ortopedia) cui, nella fase di Triage, è stata attribuita una codifica di urgenza minore.

Nella tabella seguente, vengono riassunte le condizioni che possono essere trattate attraverso l'invio a valutazione medica presso lo specialista competente e che sono state condivise con i Direttori delle UU.OO. interessate e con la Dirigenza Medica Aziendale e di Presidio.

Di seguito, nella tabella n. 4 sono indicate le condizioni di inclusione e di esclusione al percorso Fast-Track

TABELLA N. 4 – CONDIZIONI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEL FAST-TRACK

PROBLEMATICA	AVVIO DIRETTO SE	ESCLUDERE AVVIO DIRETTO SE
OSTETRICIA <ul style="list-style-type: none"> • pazienti gravide • durante il puerperio (<40 giorni dal parto) 	Presenza ≥1 dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> • Dolore pelvico • Perdite vaginali • Contrazioni • Perdite ematiche in assenza di alterazione dei parametri vitali • Riferita mancanza di movimenti attivi fetali • Iperemesi gravidica 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto in corso con impegno vaginale di parti fetali • Parametri vitali alterati con ipotensione o ipertensione • T° corporea >38.5°C • Evento traumatico • Abuso e maltrattamento
GINECOLOGIA	Presenza ≥1 dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> • Perdite vaginali • Perdite ematiche in assenza di alterazione dei parametri vitali • Ritenzione di corpi estranei in vagina • Dolore pelvico • Vaginite • Contraccezione “del giorno dopo” 	<ul style="list-style-type: none"> • Parametri vitali alterati in corso di perdite ematiche • Terapia con anticoagulanti • T° corporea >38.5°C • Presenza di dolore addominale con difesa muscolare, gonfiore, e dolore iperacuto. • Evento traumatico maggiore • Denuncia Autorità giudiziarie • Abuso e maltrattamento
OCULISTICA	Presenza ≥1 dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> • Sensazione di corpo estraneo • Abrasione corneale • Corpo estraneo o corpo estraneo sospetto corneale e/o congiuntivale • Occhio rosso e/o sensazione di fastidio dopo esposizione a fiamma ossidrica o raggi solari • Arrossamento oculare con secrezioni (sospetta flogosi) • Calazio • Contaminazione oculare con sostanza chimica e irritante che non coinvolga altri distretti del volto • Emorragia sottocongiuntivale • Edema e/o arrossamento della palpebra 	<ul style="list-style-type: none"> • Grave trauma oculare • Trauma dell'orbita • Disturbi del visus • Dolore all'occhio con associato disturbo del visus e/o cefalea • Alterazione dei parametri vitali • Abuso e maltrattamento • Denuncia Autorità Giudiziaria • Infortunio sul lavoro

PEDIATRIA	Presenza ≥ 1 dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> • Febbre con TC < 38,5°C • Dispnea riferita (con SpO₂ \geq 96%) • Vomito e diarrea in euglicemico • Sindrome da raffreddamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma cranico con perdita di coscienza (valutazione secondo scala di Glasgow) • Paziente politraumatizzato • Addome acuto • Dolori addominali • Dolore toracico • Insufficienza respiratoria e/o compromissione di altri parametri vitali • Alterazione del sensorio e/o di altri parametri neurologici • Segni meningei
OTORINOLARINGOIATRIA	Presenza ≥ 1 dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> • Modica epistassi con P.A. nella norma • Otalgia non traumatica • Disturbi acuti dell'udito (ipoacusia improvvisa) • Corpo estraneo orecchio/naso nell'adulto • Corpo estraneo narici, naso, gola senza dispnea • Otite • Faringodinia • Odinofagia • Disfonia senza dispnea • Acufeni • Tappo di cerume • Senso di ovattamento auricolare • Ferite semplici e abrasioni che non necessitano sutura 	<ul style="list-style-type: none"> • Epistassi maggiore con terapia anticoagulante • Trauma piramide nasale, se alterazione dei parametri vitali • Recente trauma cranio-facciale • Dolore, fluttuazione a livello della mastoide • Otalgia e/o faringodinia con febbre > 38° C • Vertigini acute • Ritenzione corpo estraneo vie aree digestive superiori • Cefalea ed algie acute naso-facciali • Diatesi emorragica congenita – coesistenza di emorragie in altre sedi • Infortunio sul lavoro
ORTOPEDIA	Presenza ≥ 1 dei seguenti sintomi/segni: <ul style="list-style-type: none"> • Ritorno per stessa patologia dopo recente trattamento chirurgico ortopedico e/o invasivo (artrocentesi e infiltrazioni) entro un mese previa radiografia della sede • Dolore o fastidio in sede di apparecchio gessato 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma conseguente a malore o con dinamica poco chiara/complessa • Parametri vitali alterati • Sanguinamento abbondante • Trauma cranico • Sindromi emorragiche • Abuso/ maltrattamento • Referto Autorità Giudiziaria • Infortunio sul lavoro

8.1 MODALITÀ OPERATIVE FAST-TRACK

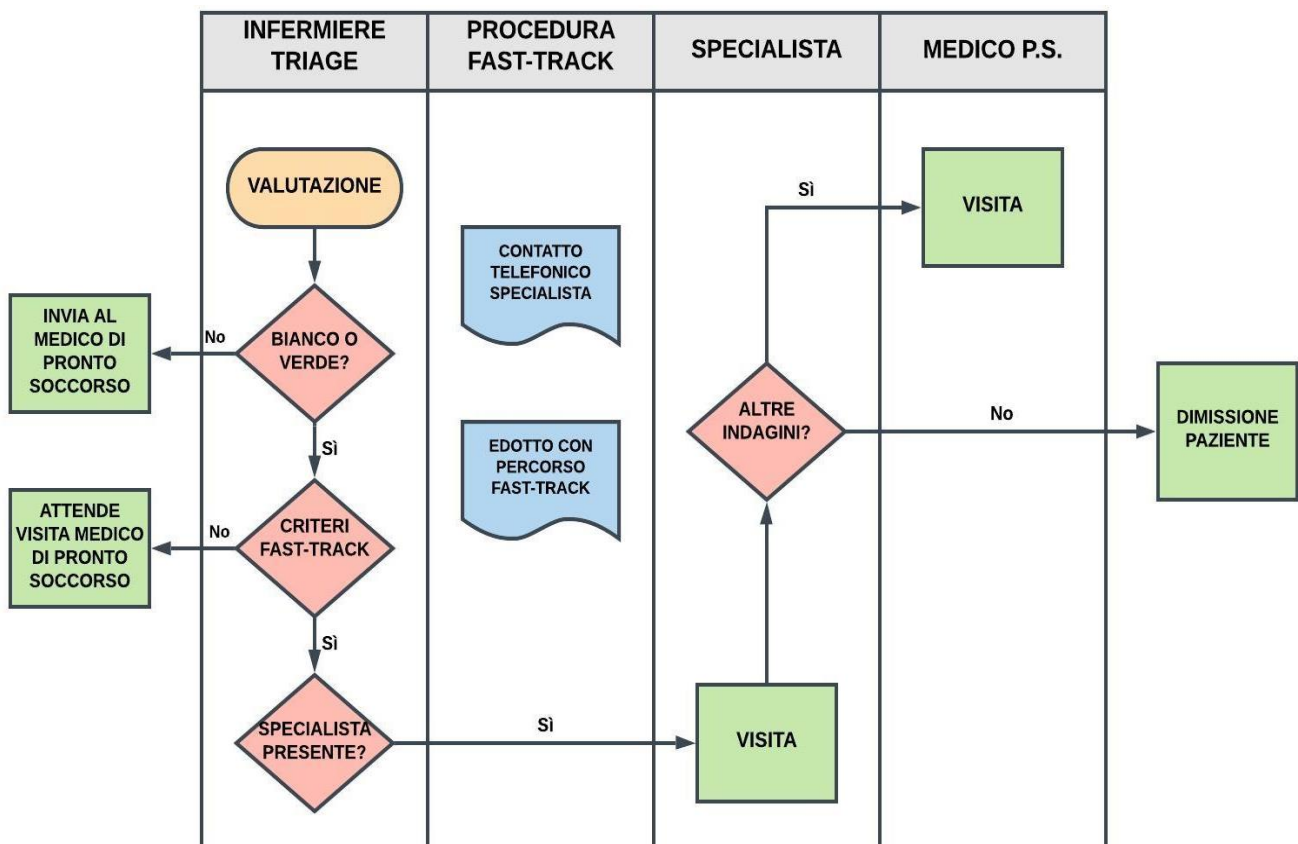
L'infermiere di Triage Fast-Track (figura n. 1), che opera all'interno della sala Triage, dopo la valutazione di triage, verificata la natura monospecialistica del problema, l'assenza dei criteri di esclusione, ed in presenza di segni/sintomi/dati anamnestici, rientranti tra i criteri di inclusione qui sopra elencati per le singole branche specialistiche, provvede alla registrazione del paziente, all'annotazione sulla scheda di triage della sua valutazione (assenza di criteri di esclusione e specifica di criterio di inclusione) ed al suo immediato invio allo specialista di pertinenza insieme alla richiesta di consulenza nella quale si evince la modalità Fast-Track.

Normalmente, il paziente Fast-Track è completamente autonomo ad esclusione di specifiche situazioni in cui, a seguito della valutazione dell'infermiere di triage, sarà necessario effettuare gli spostamenti con presidi come la carrozzina o attraverso l'accompagnamento di personale di supporto infermieristico.

Terminata la consulenza specialistica:

1. se l'episodio assistenziale si fosse concluso a seguito dell'attività dello specialista (Fast Track confermato dallo specialista), il paziente viene **dimesso direttamente** dallo specialista che lo ha visitato. Lo stesso attribuisce il codice triage di dimissione e chiude l'episodio su Edotto. In questo caso, consegnerà al paziente la relazione di Pronto Soccorso e la richiesta di pagamento ticket, quando dovuto.
2. se l'episodio assistenziale non si fosse concluso a seguito dell'attività dello specialista (ad es. qualora il consulente ravvisasse la necessità di eseguire ulteriori indagini diagnostiche e/o consulenze specialistiche di altre branche), il medico dell'U.O. interessata chiude il percorso Fast Track su Edotto e fa rientrare il paziente nel normale percorso di P.S., per cui l'attività dello specialista si qualifica quale consulenza. Il paziente, pertanto, viene **rinviato al Pronto Soccorso**, ove l'infermiere di triage lo assegnerà all'area di competenza specifica e verrà, quindi, preso in carico dal medico di P.S. che provvederà alla gestione del paziente da quel momento in poi. In caso di fuoriuscita dal percorso Fast-Track è consigliato un contatto telefonico tra il medico specialista e il medico di PS che prenderà in carico il paziente.

Figura 1. Modalità operative Fast-Track



9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero, Ministero della Salute “Direzione Generale della Programmazione Sanitaria”, agosto 2019
- Fast-Track - Il Percorso Veloce a Gestione Infermieristica in Pronto Soccorso, Azienda Sanitaria Provinciale n. 7 di Ragusa, gennaio 2017
- Adozione protocollo aziendale "Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage all'interno del Pronto Soccorso", ASL BT, deliberazione n. 1661 del 09/11/2015
- Position Paper, Organizzazione dei Pronto Soccorso e dei percorsi paziente nella Fase 2 della pandemia COVID-19, SIMEU Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza, 11 maggio 2020
- www.acemc.it/
- www.simeu.it/
- www.simeup.com/
- www.aniarti.it/
- www.triage.it/