

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1230 del 02/08/2021

Seduta Num. 37

Questo lunedì 02 **del mese di** agosto
dell' anno 2021 **si è riunita in** video conferenza
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Schlein Elena Ethel	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Colla Vincenzo	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Felicori Mauro	Assessore
7) Lori Barbara	Assessore
8) Mammi Alessio	Assessore
9) Priolo Irene	Assessore
10) Salomoni Paola	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Corsini Andrea

Proposta: GPG/2021/1291 del 23/07/2021

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER IL TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO,
AI SENSI DELLA DGR 1129/2019

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Maurizia Rolli

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti e richiamati:

- il Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, approvato dall'Assemblea legislativa con deliberazione n. 120/2017, la cui progettazione è stata specificata per linee di intervento con la deliberazione della Giunta regionale n. 1423/2017; tale provvedimento definisce quale intervento attuativo prioritario quello del miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza (scheda 33), ricomprendendo in tale azione tutto il sistema articolato di strutture che includono oltre ai Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza ed altri percorsi specifici. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118);
- la deliberazione della Giunta regionale n. 2040/2015 con la quale questa Amministrazione ha approvato, in attuazione della legge 135/2012, del Patto per la Salute 2014/2016 e del DM Salute 70/2015, le linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale;
- la deliberazione della Giunta regionale n. 1827/2017 con la quale questa Amministrazione ha definito una prima indicazione recante linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione;
- la deliberazione della Giunta regionale n. 1129/2019 recante "Piano di miglioramento dell'accesso in emergenza-urgenza sanitaria - Approvazione di linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie", ed i provvedimenti precedenti che regolamentano la funzione, in essa richiamati, con la quale si è proceduto all'approvazione di una ampia strategia mirata alla ottimizzazione sia degli aspetti clinici che di quelli organizzativi della funzione di cui si tratta, anche mediante l'introduzione e il rafforzamento di strumenti specifici e strutturali;

Dato atto che la DGR n. 1129/2019, sopra citata, ha previsto nello specifico una serie di adempimenti a carico della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, tra cui la costituzione di Gruppi di Lavoro multiprofessionali nelle materie di triage, osservazione breve intensiva, emergenza pediatrica, i cui lavori si concludano con la presentazione di proposte di regolamentazione degli oggetti specifici di cui si tratta, le quali previa analisi e valutazione da parte della Direzione medesima, dovranno essere sottoposte all'approvazione di questa Giunta;

Considerato che con determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, n. 3013 del 22/02/2021, in aggiornamento della determinazione n. 1185 del 25/01/2021, è stato costituito il Gruppo di lavoro incaricato di elaborare documenti di proposta in ordine alla riorganizzazione della funzione di Pronto Soccorso, ai sensi della DGR 1129/2019, ed in tale ambito della funzione di Triage;

Preso atto che il Gruppo di lavoro sopra menzionato ha portato a termine la definizione del documento di proposta in ordine alle linee di indirizzo regionali per l'organizzazione della funzione di Triage in Pronto Soccorso, e che tale documento è stato valutato positivamente dalla competente Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;

Considerata la necessità di procedere all'approvazione di tale documento, in allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, quali Linee di indirizzo per l'organizzazione della funzione di Triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna;

Visti e richiamati:

- la L.R. 19/1994 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;
- la L.R. n. 43/2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;
- la L.R. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modifiche;
- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni", ed in particolare l'art. 23;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 2416/2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera n. 450/2007" e ss.mm.ii;
- n.468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- n. 1059 del 3 luglio 2018 "Approvazione degli incarichi dirigenziali rinnovati e conferiti nell'ambito delle Direzioni generali, Agenzie e Istituti e nomina del Responsabile della

prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), del Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA) e del Responsabile della protezione dei dati (DPO)";

- n. 2018 del 28 dicembre 2020 avente ad oggetto: "Affidamento degli incarichi di Direttore Generale della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. 43/2001 e ss.mm.ii.";
- n. 111 del 28 gennaio 2021 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2021-2023";
- n. 771 del 24 maggio 2021 avente ad oggetto "Rafforzamento delle capacità amministrative dell'Ente. Secondo adeguamento degli assetti organizzativi e Linee di indirizzo 2021";

Richiamata infine la determinazione n. 12976 del 24/7/2020, con cui è stato affidato l'incarico di Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa
e che qui si intendono integralmente richiamate

1. di approvare il documento recante Linee di indirizzo per l'organizzazione della funzione di Triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna, in allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di dare mandato alle Aziende e agli Enti del Servizio Sanitario Regionale di assicurare l'attuazione di tali indicazioni per quanto di rispettiva competenza, sulla base anche delle direttive tecniche che verranno impartite dal Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;
3. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
4. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (B.U.R.E.R.T.).



DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso

GRUPPO DI REDAZIONE

Gruppo di redazione identificato con Determina Direzione Generale Cura della Persona, Salute, Welfare N. 3013 del 22/02/2021, in aggiornamento della Determina Direzione Generale Cura della Persona, Salute, Welfare N. 1185 del 25/01/2021.

Versione del 26 luglio 2021

INDICE

INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI	5
CODICI DI PRIORITÀ	6
FORMAZIONE	8
PROCESSO DECISIONALE	9
PROBLEMA PRINCIPALE	12
PARAMETRI VITALI	13
LIVELLI DI COMPLESSITÀ E IMPIEGO DI RISORSE NEI CASI A BASSA CRITICITÀ.....	14
GESTIONE DEL DOLORE	15
STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE AL TRIAGE.....	16
AZIONI DI CONTRASTO AL DOLORE	16
RIVALUTAZIONE DEL CODICE DI PRIORITÀ	18
PERCORSI ATTIVABILI DIRETTAMENTE DAL TRIAGE	19
SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	20
STANDARD STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI	21
METODI DI MONITORAGGIO	22
CONCLUSIONI	24
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	25
ALLEGATI	26
ALLEGATO 1	26
ALLEGATO 2	31
<i>Sala PAINAD versione italiana</i>	31
<i>NRS (Numerical Rating Scale, scala numerica)</i>	31
<i>VRS (Verbal Rating Scale, scala verbale)</i>	32
<i>Scala Wong- Baker FACES</i>	32

ABBREVIAZIONI

DEA, Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione

PS, Pronto Soccorso

FAD, Formazione a distanza

PA, Pressione arteriosa

PAS, Pressione arteriosa sistolica

PAD, Pressione arteriosa diastolica

FR, Frequenza respiratoria

FC, Frequenza cardiaca

SatO₂, Saturazione di ossigeno

TC, Temperatura corporea

GCS, Glasgow Coma Scale

RX, Radiografia

TAC, Tomografia Assiale Computerizzata

RMN, Risonanza Magnetica Nucleare

FT, Fast Track

NRS, Numerical Rating Scale

VRS, Verbal Rating Scale

INTRODUZIONE

I servizi di PS rappresentano il principale riferimento della popolazione per i bisogni sanitari urgenti. Essi, istituzionalmente, garantiscono attraverso un processo di Triage che l'accesso alle cure avvenga secondo criteri di priorità (codici colore o numerici) ed equità.

Il Triage è una funzione di competenza infermieristica: nella definizione della priorità di accesso alle cure si tiene conto del problema di salute principale, del livello di criticità, del rischio di evoluzione clinica peggiorativa e del percorso di cura più appropriato.

Il Triage è un processo dinamico che implica periodiche rivalutazioni, poiché le condizioni cliniche dei pazienti in attesa della valutazione medica possono avere evoluzioni peggiorative o migliorative tali da necessitare una rivisitazione del livello di priorità e/o del percorso di cura

In coerenza con le Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intra-Ospedaliero e la DGR Emilia-Romagna n. 1129/2019, la declinazione del presente sistema di Triage si ispira a un **modello di approccio globale** alla persona ed ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica, basata sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi, valutazione di elementi situazionali significativi in rapporto alle risorse disponibili.

Tale valutazione rappresenta inoltre un momento fondamentale per l'accoglienza ed il riconoscimento precoce di situazioni di particolare fragilità (es. maltrattamenti/abusi sui minori, donne vittime di violenza, disturbi della sfera psichica, ecc.), che prevedono la conseguente attivazione di percorsi in grado di fornire sostegno e agevolare la presa in carico in ambito sanitario, assistenziale e sociale.

In relazione all'emergenza COVID-19, che ha modificato il consueto flusso operativo del Pronto Soccorso (PS), le strutture di emergenza-urgenza della Regione Emilia-Romagna hanno dovuto rispondere con particolare impegno all'esigenza di presa in carico dei cittadini affetti dalla patologia in forma moderata/severa. Per garantire un'adeguata presa in carico di tali utenti e, al tempo stesso, la sicurezza degli operatori e degli utenti con altre necessità assistenziali, è stata definita la messa in sicurezza di percorsi distinti e sicuri all'interno delle strutture di Pronto Soccorso. In questo scenario, il personale di Triage, coadiuvato dal personale di Pre-triage, svolge un ruolo fondamentale nel riconoscere segni e sintomi della patologia e nel governare, all'interno della struttura, i flussi e percorsi dedicati alla presa in carico di soggetti con sospetto COVID-19 e quelli dedicati a soggetti con altre esigenze assistenziali. Su questo aspetto, si rimanda ai documenti regionali adottati a partire dall'inizio dell'epidemia sul territorio regionale nel febbraio 2020.

OBIETTIVI

Il presente documento ha la finalità di aggiornare e definire l'attività di Triage in PS, secondo le seguenti azioni:

1. Precoce identificazione dei pazienti in condizioni critiche e pericolose per la vita, al fine di garantirne l'immediato accesso alle cure, un appropriato e tempestivo trattamento sin dalle fasi iniziali, attraverso l'applicazione di procedure validate;

2. Attribuzione a tutti i pazienti del codice di priorità di accesso alle cure più appropriato in relazione alla criticità delle condizioni cliniche di presentazione, al possibile rischio evolutivo e al numero/tipologia di risorse necessarie per un adeguato percorso di cura;
3. Attivazione, nei casi a bassa criticità, dei percorsi di valutazione e trattamento più opportuni in funzione della stima della relativa complessità clinica, anche al fine di ridurre il livello di affollamento dei servizi di PS (percorsi di Fast track);
4. Sorveglianza delle persone in attesa della visita medica, attraverso una rivalutazione periodica delle condizioni;
5. Garanzia di un'adeguata e continua presa in carico della persona e degli accompagnatori e di assistenza con informazioni pertinenti e comprensibili.

CODICI DI PRIORITÀ

L'attribuzione del codice di priorità è un processo complesso che si fonda sulla valutazione di una serie di elementi **"soggettivi"** (es. sintomi riferiti dal paziente) e **"oggettivi"** (es. misurazione dei parametri vitali). Alla definizione del livello di priorità concorrono ulteriori fattori quali il livello di dolore, l'età, il grado di fragilità e/o disabilità, particolarità organizzative e di contesto locale.

Da un punto di vista metodologico, il modello di Triage adottato è il cosiddetto **Triage globale**, procedura che si articola in quattro fasi, come riportato nella DGR n. 1129 dell'08/07/2019.

Tale metodo, in linea con le principali linee guida internazionali, prevede:

1. **Fase della 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. **Fase della valutazione soggettiva e oggettiva:**
 - a. **valutazione soggettiva**, effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata),
 - b. **valutazione oggettiva**, effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
3. **Fase della 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. **Fase della rivalutazione:** consiste nella rivalutazione periodica (codici a rischio evolutivo) o a chiamata (per tutti i codici) dei pazienti in attesa, con particolare riferimento alle condizioni cliniche e ad eventuali nuovi bisogni assistenziali. Al termine di ogni valutazione è possibile confermare o modificare il codice di priorità assegnato e quindi il percorso del paziente.

Allo scopo di definire percorsi più appropriati, è progressivamente emersa la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica basato su quattro codici colore.

Il nuovo modello adottato è articolato su 5 codici di priorità, basati su una stratificazione del rischio del paziente e del suo livello di criticità, secondo quanto sopra riportato. La **tabella 1** illustra i diversi codici di priorità sulla base della stratificazione del rischio del paziente, con l'indicazione del tempo massimo di attesa per la presa in carico da parte del medico.

Tabella 1. Codici di priorità sulla base della stratificazione del rischio del paziente

Codice di priorità	Livello di urgenza	Definizione dettagliata	Tempo di attesa massimo per presa in carico	
1	ROSSO	EMERGENZA	Assenza o critica alterazione di una o più funzioni vitali	Valutazione immediata
2	ARANCIONE	URGENZA INDIFFERIBILE	Condizione stabile con elevato rischio evolutivo	15 minuti*
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile a basso rischio evolutivo, con sofferenza e ricaduta sullo stato generale, che solitamente richiede prestazioni complesse	60 minuti
4	VERDE	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo e senza sofferenza o ricaduta sullo stato generale, che solitamente non richiede prestazioni complesse	120 minuti
5	BIANCO	NON URGENZA	Problema non urgente	240 minuti

* Visto il carattere di evolutività della condizione, è necessaria una rivalutazione infermieristica dopo 10-15 minuti dalla prima e comunque in relazione allo stato clinico del paziente. In ogni caso, trascorsi ulteriori 15 minuti (complessivi 30 minuti), il codice arancione confermato deve essere valutato da un medico che stabilirà il percorso più appropriato.

Il codice di priorità assegnato al Triage non corrisponde necessariamente alla gravità della condizione clinico-morbosa diagnosticabile al paziente, che dovrà essere oggetto della valutazione da parte del medico.

Attualmente il metodo di Triage a 5 diversi livelli di priorità rappresenta il "gold standard" internazionale. Esso è propedeutico alla creazione di percorsi che tengano in considerazione la complessità clinica, l'intensità assistenziale e le risorse impiegate, consentendo

l'individuazione di 3 diversi flussi di post Triage (alta, media e bassa complessità), come riportato in **tabella 2**.

Tabella 2. Codici di Triage in relazione al livello di criticità del paziente e del livello di complessità clinico-organizzativa del percorso

Livello di Criticità del paziente	Livello di Complessità clinico-organizzativa del percorso	Codice Triage
Alta criticità	Alta Complessità	1. ROSSO
		2. ARANCIONE
Bassa criticità		3. AZZURRO
		4. VERDE
		5. BIANCO
	Media Complessità	
	Bassa Complessità/ Fast Track	

L'adozione di tale modello consentirà una migliore appropriatezza allocativa delle risorse umane e strumentali in relazione alla complessità della casistica, nonché la piena attuazione di alcune soluzioni organizzative o percorsi specifici, quali:

- Fast Track
- Ambulatori Codici minori
- Team di valutazione rapida
- Percorsi per richieste di accertamento da parte di Autorità Giudiziaria
- Percorso per soggetti vittime di Abuso o Violenza

FORMAZIONE

L'implementazione del nuovo modello di Triage prevede lo svolgimento di un programma informativo/formativo volto a dare diffusione alle linee di indirizzo regionali per il Triage ospedaliero e formare il personale di PS delle Aziende Sanitarie della RER alla conduzione del processo di Triage secondo il nuovo sistema di codifica.

In considerazione dell'attuale fase epidemica e della necessità di adottare strumenti di comunicazione a distanza, tale programma prevederà modalità informative/formative miste con prevalenza di strumenti a distanza e con la garanzia di alcune attività di formazione sul campo.

L'articolazione del percorso di informazione/formazione prevede 5 fasi, con obiettivi e destinatari distinti.

1ª FASE. Webinar di presentazione alle Direzioni Aziendali e ai responsabili/coordinatori dei DEA/PS per illustrare i contenuti delle linee di indirizzo e delineare le possibili implicazioni organizzative.

2ª FASE. Formazione tramite videolezioni allo scopo di diffondere le suddette linee di indirizzo ai professionisti sanitari, con particolare interesse nei confronti del personale di PS.

3ª FASE. Percorso FAD rivolto ai professionisti di Triage, ma anche ad altro personale sanitario interessato, con una declinazione più approfondita e interattiva dell'applicazione pratica dei contenuti del documento attraverso la presentazione di scenari esemplificativi che stimolino il ragionamento critico e il processo di decision-making.

4ª FASE. Attività di formazione sul campo per piccoli gruppi, da condurre a livello aziendale, che preveda la discussione di casi clinici e la condivisione del processo decisionale da adottare in accordo con il modello teorico di riferimento.

5ª FASE. Progetto di comunicazione volto a informare i cittadini in attesa di presa in carico al PS sulle nuove modalità di assegnazione del codice di accesso alle cure, nell'ottica di migliorare il livello di coinvolgimento e favorire il processo di umanizzazione in PS.

PROCESSO DECISIONALE

Il processo di codifica dell'infermiere di Triage deve tener in considerazione vari aspetti per garantire:

- il percorso più idoneo per l'utente;
- la gestione più efficace delle risorse;
- il migliore flusso interno;
- la migliore soddisfazione da parte dell'utente.

Il processo decisionale in ingresso integra le valutazioni di priorità clinica con la complessità clinico-organizzativa per un indirizzo al percorso più idoneo sin dal Triage.

Esclusa la necessità di un intervento immediato per un'emergenza, ad es. rianimazione cardio-polmonare (valutazione immediata), l'infermiere di Triage effettua la valutazione selezionando il problema principale presentato dal paziente (valutazione soggettiva) e lo collega ai profili dei parametri vitali (valutazione oggettiva) e delle risorse necessarie. Tale valutazione richiede competenze professionali, conoscenze dei protocolli locali, esperienza e pensiero critico.

L'avvio del percorso diagnostico-terapeutico implica l'individuazione dell'ambito di trattamento più idoneo, in base alle caratteristiche clinico-assistenziali e al potenziale assorbimento di risorse.

L'infermiere di Triage ha come obiettivo la gestione dell'attesa dei pazienti. La gestione della lista pazienti è dell'equipe medico-infermieristica del PS. A garanzia di massima fluidità dell'intero processo è di fondamentale importanza che le azioni a valle (es. assegnazione al flusso/ambulatorio) siano coordinate dallo stesso triagista o da una figura dedicata (es. infermiere di processo in stretto raccordo con il Triage).

La maggior parte dei percorsi clinico-assistenziali (post-Triage) è ricondotta a tre linee di attività a complessità decrescente: alta, media e bassa complessità, le cui caratteristiche vengono illustrate in **tabella 3**:

Tabella 3. Caratteristiche delle attività suddivise per livelli complessità clinico-assistenziale

Complessità Clinico-Organizzativa			
Livello di criticità del paziente	Alta Criticità	Bassa Criticità	
Livello di complessità clinico-organizzativa	Alta Complessità	Media Complessità	Bassa Complessità
Condizioni cliniche e rischio evolutivo	Assenza/rapido deterioramento di una funzione vitale o con necessità di supporto meccanico/farmacologico ad almeno una funzione vitale Pazienti con necessità di rapido intervento diagnostico-terapeutico	Pazienti deambulanti e/o non deambulanti con necessità assistenziali, ma che non richiedono un immediato intervento diagnostico-terapeutico	
Risorse	>2 risorse semplici* o almeno 1 risorsa complessa** Prestazioni che coinvolgono esami radiologici di II livello e servizi esterni	2 risorse semplici* Prestazioni prevalenti in ambulatorio di PS esami radiologici di I livello o coinvolgimento parziale dei servizi esterni	Zero o 1 risorsa semplice Prestazioni prevalenti in area Triage
Bisogni	Massimi	Moderati	Ridotti

*Risorsa semplice: esame radiologico di I livello, esame di laboratorio, consulenza esterna

**Risorsa complessa: esame radiologico di II livello (dettaglio sulle risorse a p. 14).

A queste linee di attività si possono aggiungere percorsi specifici per pazienti con bisogni particolari, ad esempio anziani, bambini, vittime di violenze, pazienti fragili.

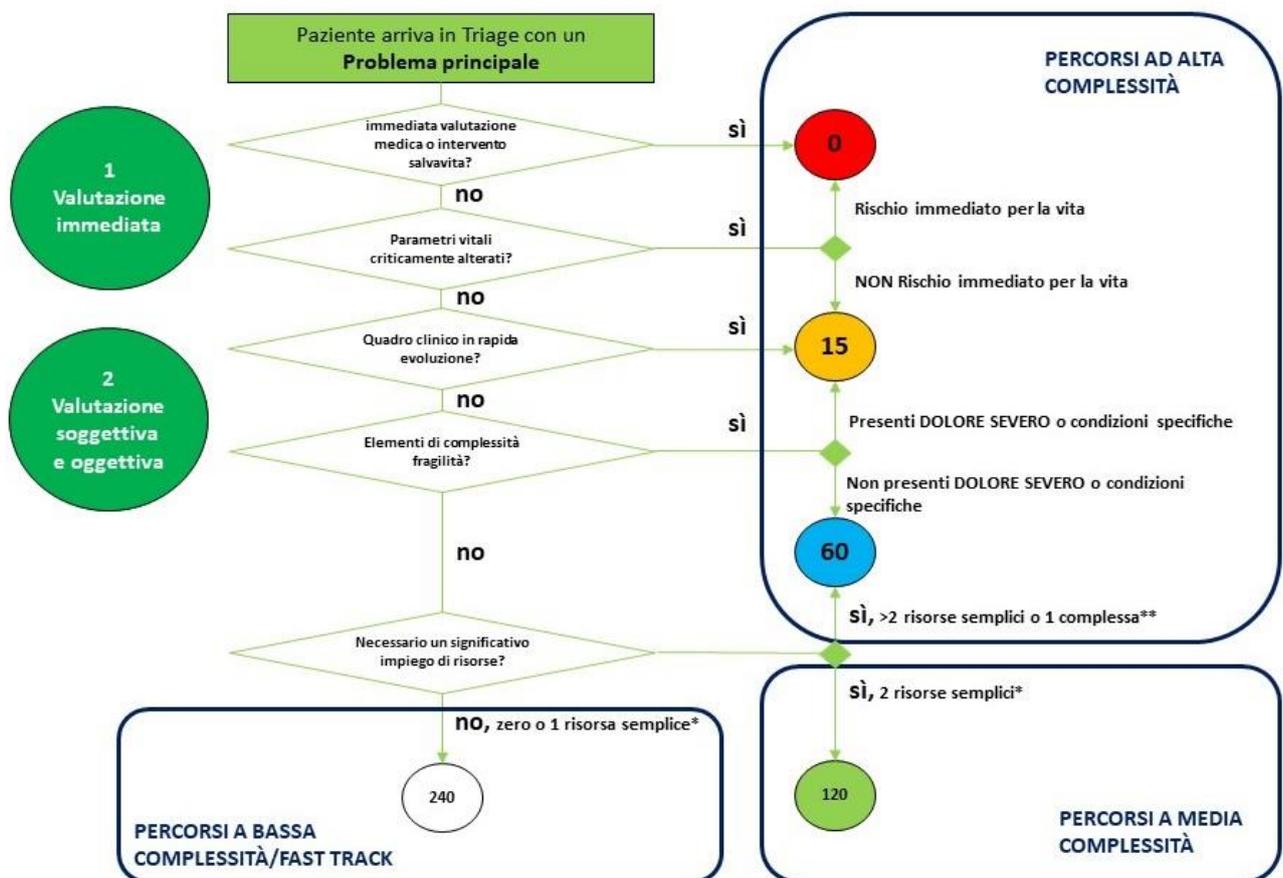
La scelta del percorso rappresenta quindi l'esito di una combinazione di più valutazioni: condizioni cliniche, rischio evolutivo, assorbimento di risorse e bisogni assistenziali.

L'algoritmo decisionale costituisce la base logica della combinazione delle tre dimensioni valutative:

- problema principale
- parametri vitali
- risorse impiegate

La flow-chart indicata in figura 1 consente una rapida stratificazione in 5 livelli decrescenti di priorità, dal codice 1 (rosso - più urgente), al codice 5 (bianco - meno urgente). I primi due codici identificano una condizione di criticità clinica (il fattore tempo può essere determinate ai fini dell'esito) che generalmente corrisponde a una elevata complessità di percorso. I rimanenti tre codici identificano generalmente condizioni a bassa criticità clinica ma a diversa complessità di percorso.

Figura 1. Flow-chart per l'assegnazione del codice di priorità



* risorsa semplice: esame radiologico di I livello, esame di laboratorio, consulenza esterna

** risorsa complessa: esame radiologico di II livello

I principali snodi decisionali della flow-chart sono in stretta relazione con le seguenti domande chiave:

1. Il problema principale richiede immediata valutazione medica o intervento salvavita (ovvero il paziente corre un immediato rischio per la vita)?
2. Il paziente può attendere senza correre rischi (ovvero le condizioni cliniche sono ad elevato rischio clinico peggiorativo a breve termine)?
3. Sono presenti elementi di significativa sofferenza e/o fragilità?
4. È necessario un significativo impiego di risorse (monitoraggio, consulenze specialistiche, prestazioni radiologiche o di laboratorio) per la gestione del caso?

La valutazione del dolore rappresenta un item di particolare rilevanza per la corretta attribuzione del codice di priorità:

- È presente dolore moderato/severo in Triage?
- Il dolore moderato/severo può essere tempestivamente trattato in Triage?
- I trattamenti eseguiti sono stati efficaci nel ridurre il livello di sofferenza?

Per approfondimenti concernenti la gestione del dolore si rimanda al paragrafo specifico.

PROBLEMA PRINCIPALE

Un aspetto di particolare rilevanza è la definizione del problema principale, ovvero il motivo che ha condotto il paziente ad accedere in PS. L'intervista rivolta al paziente, e se necessario ai suoi familiari, ha lo scopo di individuare il problema principale che ha portato il paziente in PS, con particolare riferimento a un potenziale rischio evolutivo.

Il dato dovrà essere rilevato all'atto del triage sul gestionale informatico di PS in un apposito campo strutturato, che potrà anche contenere un campo note a testo libero per eventuali ulteriori informazioni.

L'elenco dei problemi principali è costituito da **17 categorie distinte per Area tematica (Allegato 1):**

1. Ambientale (ENV)
2. Cardiovascolare (CVS)
3. Dermatologica (DERM)
4. ORL – Orecchio (ENT-E)
5. ORL – Naso (ENT -N)
6. ORL- Rima buccale, Cavo orale, Collo (ENT – B)
7. Gastro-Intestinale (GI)
8. Genito-Urinaria (GU)
9. Neurologica (CNS)
10. Oculistica (OPHTH)
11. Ortopedica (ORTHO)

12. Ostetrico Ginecologica (OB-GYN)
13. Psichiatrica (MH)
14. Respiratoria (RESP)
15. Sostanze d'Abuso (SUBST)
16. Trauma (T)
17. Disturbi Generali e Problemi Minori (GEN)

PARAMETRI VITALI

La misurazione dei diversi parametri vitali (PA, FR, FC, SatO₂, TC, GCS) consente una valutazione oggettiva (numerica) indiretta, del livello di integrità/compromissione delle funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo). La rilevazione dei parametri vitali deve avvenire in modo standardizzato, ovvero riproducibile dai diversi operatori: essa costituisce una parte fondamentale della valutazione oggettiva, nonché delle successive rivalutazioni.

Gli obiettivi della rilevazione sono:

- identificare precocemente la compromissione di una o più funzioni vitali;
- stimarne l'entità di compromissione al fine di stabilire precocemente situazioni a rischio immediato / possibile peggioramento a breve termine;
- consentire un monitoraggio sistematico nel tempo delle funzioni vitali.

La rilevazione, sebbene auspicabile in tutte le valutazioni di Triage, è mandatoria per rilevare condizioni a elevata criticità.

Nella **tabella 4** sono elencati, secondo una logica di valutazione ABCDE, i valori soglia dei diversi parametri che definiscono una compromissione critica della funzione vitale esplorata. La definizione del codice 1 (rosso) può avvenire a seguito della valutazione immediata (quick look) e quindi senza la necessità di una preventiva misurazione dei parametri vitali, oppure a fronte di uno o più parametri vitali criticamente compromessi. Per la definizione degli altri due codici ad elevata complessità (arancione ed azzurro) si prevede, di regola, la rilevazione dei parametri.

I parametri qui riportati rappresentano un riferimento a cui deve comunque fare seguito una contestualizzazione clinica. Ad esempio, in pazienti con nota insufficienza respiratoria cronica in O₂ terapia domiciliare, le soglie di allarme per considerare il paziente critico possono anche essere inferiori al 88%, a seconda dell'anamnesi del paziente.

Tabella 4. Tipologia di parametri vitali da valutare in pazienti ad alta criticità in relazione al codice di priorità

PARAMETRI VITALI PER L'ATTRIBUZIONE CODICE DI PRIORITÀ - ALTA CRITICITÀ			
VALUTAZIONE		ROSSO	ARANCIONE
	Tempo valut. Parametro	IMMEDIATO	15 MINUTI
A	Vie aeree	Ostruite	
B	SpO₂	≤90%	<92%
	FR atti/min	<10	≥30
C	FC b/min	≤40 >130	
	PAS mmHg		>220 o < 90 con sintomi
	PAD mmHg		>130 con sintomi
D	GCS	≤9	≤13
E	DOLORE (scala)		Dolore severo: 8-10 (se non trattabile o refrattario)

Le funzioni vitali possono modificarsi rapidamente o essere interdipendenti: pertanto devono essere oggetto di una valutazione complessiva. Il trend delle misurazioni è in generale più indicativo rispetto a singole misurazioni.

LIVELLI DI COMPLESSITÀ E IMPIEGO DI RISORSE NEI CASI A BASSA CRITICITÀ

Una volta stabilito **che non sussiste una condizione di criticità** (verificata quindi l'assenza di condizioni cliniche di immediato pericolo di vita, di elevato rischio evolutivo peggiorativo a breve termine o di elevato livello di sofferenza non altrimenti gestibile), si procede all'assegnazione di uno tra i codici per pazienti a bassa criticità (codici 3, 4 e 5). Per procedere alla definizione di detti livelli di priorità è opportuno tener conto della **complessità clinico-organizzativa** che la presa in carico del paziente comporta, ovvero del numero e tipologia di risorse che si presume siano necessarie per ultimare il percorso diagnostico-terapeutico (definizione del caso).

Con il termine "risorse" ci si riferisce a **prestazioni di laboratorio, prestazioni radiologiche e consulenze specialistiche**. Si precisa che il ricorso a più prestazioni di laboratorio è comunque assimilabile all'utilizzo di una sola risorsa; analoga valutazione va fatta nel caso si richiedano Rx relativi a diversi segmenti (es. Rx polso + gomito) in quanto sono riconducibili all'utilizzo di una sola risorsa (radiologia di primo livello).

La presunta necessità di utilizzo di **risorse radiologiche di secondo livello** (TAC*, RMN, Angio) per la definizione del percorso, implica che la condizione clinica in questione abbia

un'elevata complessità clinico-gestionale e quindi sia identificabile in un codice azzurro di priorità.

L'assegnazione del codice di priorità **sulla base della stima di risorse impiegate** avviene quindi secondo quanto di seguito riportato:

- ◆ **Codice 3 (azzurro)** a condizioni non critiche **ad elevata complessità** clinico-organizzativa, in cui per la definizione del caso si prevede necessario il ricorso ad un **rilevante numero di risorse** (>2 risorse o almeno una risorsa radiologica di II livello). In questa categoria vanno inserite situazioni in cui risulta evidente la necessità di uno stretto monitoraggio clinico-strumentale (es. aritmia sopraventricolare clinicamente stabile con frequenza non ben controllata e che non raggiunge valori critici) e situazioni di rilevante sofferenza (es. dolore moderato non trattabile), fragilità e disabilità.
- ◆ **Codice 4 (verde)** a condizioni non critiche **a media complessità** clinico-organizzativa, in cui per la definizione del caso si prevede necessario un **moderato utilizzo di risorse** (2 risorse).
- ◆ **Codice 5 (bianco)** a condizioni non critiche **a bassa complessità** clinico-organizzativa, in cui per la definizione del caso si prevede necessario un **utilizzo minimo o nullo di risorse** (fino a 1 risorsa).

**Nelle indagini relative ad alcuni distretti corporei, l'utilizzo della TAC può essere considerato come risorsa radiologica di primo livello, come ad esempio nel caso della diagnostica per immagini neurologica.*

La valutazione del diverso livello di complessità di percorso in termini di entità di impiego di "risorse" deve essere utilizzata solo nei casi con codice azzurro/verde/bianco. Per la definizione dei codici rosso e arancione si farà riferimento alle condizioni di reale criticità clinica del paziente e a situazioni di potenziale rischio evolutivo peggiorativo a breve termine del paziente

GESTIONE DEL DOLORE

Un aspetto operativo particolarmente importante è la rilevazione del dolore (Legge n. 38, del 10 marzo 2010), sia per la frequenza con cui si presenta, sia per l'impatto che esso ha sulla condizione generale del paziente.

Evidenze di letteratura identificano il dolore come il sintomo principale di presentazione in PS in grado di modificare, se non trattato tempestivamente, tutti gli altri parametri vitali (FC, FR, SatO₂, PA). Il dolore viene definito come un'esperienza percettiva complessa associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o comunque descritta in termini di danno che necessita di un approccio globale (cultura-etnia, età).

STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE AL TRIAGE

La valutazione deve svolgersi in un clima di reciproca fiducia, in modo approfondito, attraverso l'utilizzo di termini semplici e adeguati alla persona, con l'indicazione che il trattamento antidolorifico dipenderà dall'esito delle indicazioni ricevute dall'utilizzo delle scale di valutazione del dolore.

Per tale valutazione ci si avvale di diverse scale di rilevazione, a seconda della categoria ed età della persona assistita, come di seguito illustrato:

- a) **Persone adulte (>8 anni), non in alterato stato mentale** con dolore da causa nota che verosimilmente è destinato a risolversi in poco tempo: utilizzare le scale di valutazione unidimensionali NRS* o VRS**;
- b) **Persone adulte con alterato stato mentale.** Vi è una obiettiva difficoltà di valutazione del dolore nei pazienti con problemi comportamentali e con demenze, nei quali il dolore si esprime soprattutto o solo con sintomi vocali, posturali, motori e mimici (agitazione, irrequietezza, lamentazione, pianto, grida, affaccendamento, insonnia): per questi soggetti può essere utile la scala del dolore PAINAD;
- c) **Bambino di età >3 anni e fino a 8 anni:** raccomandato l'utilizzo della scala di rilevazione del dolore Wong-Baker FACES****.

Le scale sopra elencate sono consultabili all'**Allegato 2**.

AZIONI DI CONTRASTO AL DOLORE

L'infermiere di Triage può dare una risposta assistenziale a urgenze minori, trattando il dolore attraverso l'applicazione di specifici protocolli medico-infermieristici che prevedono, oltre al trattamento, una predefinita rivalutazione del dolore.

Le prime azioni di contrasto al dolore, di tipo relazionale-assistenziale e non farmacologico, possono essere attuate in autonomia dai professionisti infermieri. Esse includono trattamenti che esplichino un'azione di contenimento sui fattori che aumentano o rendono più angosciante il dolore, quali garantire una postura comoda, fornire del ghiaccio, garantire l'immobilizzazione dei segmenti corporei che ne abbiano la necessità, ecc.

Il trattamento farmacologico del dolore al Triage è subordinato alla presenza di una procedura e di una formazione specifica dei professionisti con acquisizione della specifica competenza.

Il dolore resistente o refrattario al trattamento comporta il passaggio del paziente a un codice colore di maggiore gravità. Il dolore addominale e il dolore toracico meritano in ogni caso un approfondimento diagnostico in tempi contenuti.

In età pediatrica le tecniche non farmacologiche quali distrazione, ipnosi, interventi cognitivo- comportamentali, riducono il dolore procedurale da impiego di aghi.

La classificazione di un dolore cronico presenta diverse caratteristiche tra le quali una durata ininterrotta maggiore di tre mesi.

In **tabella 5** sono riportati i parametri e score di riferimento per la valutazione del dolore in base al codice di priorità, con le azioni previste da parte dell'infermiere di Triage.

Tabella 5. Parametri e Score di riferimento per la valutazione del dolore in base al codice di priorità

TRIAGE	SCORE VALUTAZIONE DOLORE			COERENZA DATI DOLORE SOGGETTIVI/OGGETTIVI		AZIONI INFERMIERE TRIAGE		
	Codice priorità	Adulto	Adulto ASM	3-8 anni	Score VS neurovegetativo	Score VS parametri vitali	Cut-off	NON farmacologica
1	Nessuno			Quick look	Nessuno	Nessuna		
2	Nessuno			Quick look	Nessuno	Nessuna		
3	NRS	PAINAID	AD	Postura	FR	8	Relazione Distrazione Postura Immobilizzazione Ghiaccio	Secondo procedura e progetto formativo locale
	VRS		Wong-Baker FACES	Pallore	SAT			
				Sudorazione algida	FC			
4					PA	7		
5						6		

***NRS (Numerical Rating Scale, scala numerica)**, che propone l'asta di 10 cm in cui però la scelta viene esplicitata da un numero, da zero a dieci (0 = nessun dolore, 10 = massimo dolore immaginabile)

****VRS (Verbal Rating Scale, scala verbale)**, sempre unidimensionale, che propone l'asta di 10 cm in cui la scelta viene facilitata (ma anche condizionata) dalla presenza di aggettivi che quantificano il dolore. Si ottengono risultati soddisfacenti quando vi sono almeno sei livelli di intensità: nessun dolore, molto lieve, lieve, moderato, forte, molto forte;

*****Bambino di età > 3 anni.** Scala di Wong-Baker FACES. Deve essere somministrata al bambino chiedendogli di indicare "la faccia che corrisponde al male o al dolore che provi in questo momento". A ogni scelta corrisponde un numero che va da 0 a 10. Si utilizza generalmente il termine "male" per età dai 3 ai 5 anni e il termine "dolore" per età dai 6 ai 7 anni.

RIVALUTAZIONE DEL CODICE DI PRIORITÀ

La rivalutazione rappresenta un momento fondamentale del processo di Triage, perché dopo l'assegnazione del codice colore, i pazienti verranno indirizzati in aree specifiche o in sala d'attesa per un tempo predefinito prima di accedere alla visita medica. Le soluzioni strutturali devono consentire infatti una costante sorveglianza "a vista" dei pazienti in attesa.

È importante che al paziente o al suo "caregiver" venga chiesto di contattare l'infermiere di Triage se la condizione peggiora mentre il paziente si trova nell'area di attesa. La rivalutazione deve avvenire a intervalli predefiniti per la casistica a rischio evolutivo e a chiamata per tutti i restanti casi.

Con l'adozione del sistema a 5 codici, la rivalutazione deve essere eseguita al superamento dei tempi massimi di attesa stabiliti dai cut-off di riferimento (**tabella 6**).

Per il codice 2-arancione (ad alto rischio evolutivo) la raccomandazione sarà per una valutazione continua delle condizioni attraverso sistemi di monitoraggio.

Tabella 6. Tempo massimo di valutazione e tempi e modalità di rivalutazione sulla base del codice di priorità

Codice	Colore	Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di rivalutazione
1	ROSSO	Emergenza	Accesso immediato alle aree di trattamento Nessuna rivalutazione	
2	ARANCIONE	Urgenza	15 minuti	osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni*
3	AZZURRO	Urgenza Differibile	60 minuti	ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione:
4	VERDE	Urgenza Minore	120 minuti	- a giudizio dell'infermiere di triage - a richiesta del paziente
5	BIANCO	Non Urgenza	240 minuti	- una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato

* In particolare, per il codice arancione, visto il carattere di potenziale evolutività peggiorativa a breve termine della condizione, oltre alla osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni, è necessaria una rivalutazione infermieristica entro 15 min dalla prima e comunque in relazione allo stato clinico o a sintomi e segni riferiti dal paziente. **In ogni caso, trascorsi ulteriori 15' (complessivi 30' dall'accettazione), il codice arancione, se confermato, deve essere valutato da un medico che stabilirà il percorso più appropriato.**

I contenuti della rivalutazione devono essere coerenti con il problema principale, il livello di priorità identificato alla prima valutazione e con l'eventuale variazione del quadro clinico del paziente.

Tempi di attesa prolungati potrebbero portare a significativi cambiamenti del livello di priorità stabilito al momento della prima valutazione. Se la criticità del paziente dovesse aumentare a una nuova valutazione, l'ordine di priorità dei pazienti in attesa cambierà di conseguenza. Ciò a conferma che il processo di assegnazione del codice colore del Triage rappresenta un processo dinamico.

È importante tenere traccia di ogni rivalutazione del paziente nella documentazione sanitaria, anche se questa non ha portato ad una modifica del codice colore.

Le condizioni dei pazienti in attesa possono rapidamente evolvere in meglio o in peggio. Il processo di rivalutazione è essenziale per assicurare un adeguato codice di priorità per i pazienti che sono in attesa.

PERCORSI ATTIVABILI DIRETTAMENTE DAL TRIAGE

L'organizzazione dei flussi a bassa complessità può essere articolata nella *gestione di codici minori*, attraverso l'intervento di un team medico-infermieristico dedicato, oppure attraverso la creazione di percorsi dedicati (*percorsi "Fast Track", FT*), con la possibilità di indirizzare specifiche tipologie di pazienti direttamente dal Triage allo specialista di riferimento, il vantaggio di evitare un percorso di cura all'interno del PS.

I percorsi di FT saranno attivati in relazione alle attività specialistiche presenti nelle varie strutture. Per conseguire risultati significativi sarà necessaria la preliminare condivisione da parte dei medici delle diverse discipline e del personale infermieristico.

I percorsi FT saranno attivati dall'infermiere di Triage sulla base di procedure aziendali di interfaccia condivise, per uno specifico bisogno di salute dell'utente che generalmente trova risposta risolutiva (con conclusione del percorso) nello specialista di riferimento. Nei casi di invio improprio il paziente dovrà essere nuovamente preso in carico per un percorso di PS. Poiché i pazienti afferenti ai percorsi di FT presentano usualmente il sensorio integro, di norma non vi sarà necessità di accompagnamento alle strutture erogatrici, fatto salvo la presenza di specifiche esigenze legate alle persone o alla logistica dell'ospedale. Tali aspetti dovranno comunque essere esplicitati all'interno di singole procedure aziendali.

I percorsi di FT saranno generalmente attivi in fasce orarie concordate rispetto alle realtà organizzative locali. È raccomandato che un percorso FT sia garantito per una fascia oraria di almeno 8 ore al giorno per tutti i giorni della settimana.

Al fine di ottimizzare i flussi, ridurre significativamente i tempi di permanenza in Pronto Soccorso e migliorare la qualità complessiva dell'offerta, è inoltre raccomandato che, laddove possibile, si proceda all'anticipazione della presa in carico del paziente già a livello del Triage, attraverso l'esecuzione di specifici trattamenti (es. terapia del dolore), di test diagnostici (es. ECG nell'ambito del percorso dolore toracico) e di esami di laboratorio.

Le Aziende procedono all'implementazione di tali attività attraverso la strutturazione di percorsi e protocolli clinici condivisi, con percorsi formativi specifici, che prevedono

l'operatività già a livello di Triage, permettendo che il clinico disponga dei risultati delle indagini all'atto della visita.

SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Al fine di garantire la Qualità e Sicurezza delle cure erogate, ciascun PS dispone di protocolli di Triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermieri esperti), aggiornati a cadenza almeno triennale, approvati dal responsabile medico ed infermieristico del servizio e adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte.

Nella elaborazione di protocolli e procedure, è necessario considerare con particolare attenzione i seguenti aspetti:

- la comunicazione/informazione tra il personale del 118 e quello del Triage del PS;
- la comunicazione/informazione tra il personale del Triage e della sala visita;
- l'osservazione e l'ascolto attento del paziente;
- l'eventuale nuovo accesso al PS per il medesimo problema clinico a distanza di 24/48 ore dal primo;
- la valutazione appropriata del paziente nella fase di attribuzione del codice di priorità;
- la compilazione corretta della scheda di Triage;
- la rivalutazione periodica dei pazienti per la conferma o modifica del codice di priorità;
- le informazioni/raccomandazioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari/accompagnatori;
- la continuità nella presa in carico del paziente durante il cambio del turno;
- il mantenimento di standard di personale per turno con attenzione ai picchi di maggior affluenza;
- l'allontanamento volontario del paziente prima dell'accesso alla visita medica.

La documentazione clinica di Triage e la tracciabilità del processo rappresentano elementi fondamentali per la gestione del Rischio Clinico.

La scheda di Triage è infatti un elemento imprescindibile del sistema ed è parte integrante della Cartella Clinica di Pronto Soccorso. Essa documenta il processo decisionale che ha portato alla attribuzione del codice di priorità, descrive i provvedimenti attuati e permette il passaggio delle informazioni all'interno del PS.

Per garantire un'adeguata gestione del Rischio Clinico, le strutture di PS si dotano di specifiche procedure, redatte in collaborazione con la funzione aziendale di risk management, che prevedano: l'effettuazione di Significant Event Audit (SEA) su casi significativi per la sicurezza delle cure (ad es. casi di under triage, cadute, incidenti correlati alla gestione del farmaco, atti di violenza a danno di operatore, errore nell'identificazione del paziente, allontanamento di paziente, ecc.); il monitoraggio e la gestione degli Eventi Sentinella (tra i quali è previsto lo specifico "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e all'interno del Pronto soccorso"); il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito.

L'eventuale riscontro di anomalie all'interno dei processi oggetto di monitoraggio dovrà essere seguito dall'adozione di adeguate azioni correttive da parte della Direzione della struttura di PS e della Direzione Aziendale.

STANDARD STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI

In relazione agli standard strutturali/organizzativi del PS si fa riferimento alla vigente normativa nazionale e regionale recante i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di accreditamento.

Per quanto attiene alla pandemia COVID-19, si rimanda a specifiche linee di indirizzo per la gestione in sicurezza dei pazienti con sospetto confermato COVID-19.

La funzione di Triage deve essere sempre attiva in tutte le strutture di PS durante l'orario di attività del PS. Ciascuna struttura sarà dotata di postazione di Triage funzionale all'attività della struttura stessa.

Nei PS con elevata casistica è prevista la realizzazione di servizi di accoglienza/informazione (es. collaborazione con associazioni di volontariato) in supporto alla gestione della sala di attesa: tale integrazione sarà funzionale al perseguimento della massima tempestività di contatto paziente-sanitari, evitando pericolose azioni di attesa pre-Triage. Il servizio di accoglienza/informazione avrà una funzione di orientamento e le persone ad esso dedicate dovranno essere state appositamente formate sul proprio ruolo e dotate di apposite procedure aziendali.

In riferimento alle risorse umane si ritiene che nei PS con affluenza superiore a 20.000 accessi/anno, il Triage sarà svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva; nelle strutture con un numero inferiore di accessi previsto che tale funzione sarà svolta, in modo non esclusivo, da un infermiere di PS.

Il numero di unità infermieristiche dedicate dovrà essere incrementato in base al numero di accessi e modulato anche in relazione alle diverse fasce orarie/giorni della settimana prevedendo, quando necessario, 1 unità dedicata alla rivalutazione.

Nei contesti con un maggiore numero di accessi, in considerazione della rilevante attività e complessità, sarà previsto il supporto di personale amministrativo nelle fasce orarie diurne.

Gli infermieri che svolgono attività di Triage dovranno aver superato percorso formativo con i requisiti previsti dalle norme di accreditamento e dalle disposizioni nazionali vigenti.

METODI DI MONITORAGGIO

La valutazione della qualità della funzione di Triage ha indubbi effetti su tutto il percorso di cura del paziente in PS e la misurazione di indicatori nei vari passaggi restituisce importanti informazioni sia in termini di efficacia che di efficienza dell'organizzazione del Pronto Soccorso.

Il set minimo di indicatori a seguire (**tabella 7**), costituisce la base di riferimento a livello sia regionale che nazionale:

Tabella 7. Indicatori di monitoraggio dell'attività di Triage nel quadro del percorso di Emergenza-Urgenza

Indicatore	Razionale e documenti LG di riferimento	Definizioni operative	Standard di Riferimento
% di casi bassa criticità e bassa complessità per i quali è stato attivato un percorso di Fast Track/totale pazienti eleggibili	<i>Individuazione di modalità organizzative per la gestione degli accessi degli utenti con urgenza minore, finalizzati alla riduzione del sovraffollamento del PS. Realizzazione di percorsi diretti e dedicati a discipline specialistiche, mediante utilizzo di protocolli. Utilizzo da parte del personale infermieristico di protocolli, validati e condivisi con le discipline specialistiche di pertinenza, per l'invio diretto al medico specialista, di pazienti con specifici segni e sintomi.</i> (Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013) (Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012) (DGR 1184/2010 - Emilia Romagna) (Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero Ministero della salute 2019)	N di percorsi fast track attivati/ numero di codici, verdi e bianchi	>30% dei casi
% di rivalutazione dei casi / totale dei casi registrati per Codici (arancione, azzurro, verde, bianco) che abbiano superato il tempo massimo d'attesa raccomandato.	<i>La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di Triage, si definisce come attività professionale mirata a mantenere il controllo della condizione degli assistiti durante l'attesa, cogliendo tempestivamente variazioni dello stato di salute. Si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che devono essere registrati e ai quali si possono associare iniziative mirate a migliorare l'attesa e il</i>	N di rivalutazioni di pazienti eseguite e registrate/n di pazienti che hanno superato il tempo massimo di attesa per codice colore (arancione, azzurro, verde, bianco)	>80 % dei codici azzurro che hanno superato il 60' >70% dei codici verde che hanno superato il 120' >70% dei codici bianchi che hanno superato il 240'

	<p><i>suo confort non necessariamente assicurati dal professionista infermiere. (Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012) (Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero Ministero della salute 2019)</i></p>		<p>>80 % di rivalutazione dei codici arancioni entro 30'</p>
<p>% pazienti con codice arancione a cui siano stati rilevati (registrate formalmente) almeno due parametri vitali</p>	<p><i>Il codice di priorità arancione deve essere assegnato ai pazienti con rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizioni stabili con rischio evolutivo o dolore severo. (LG- Triage Agenas Monitor N°29, 2012) (Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero Ministero della salute 2019)</i></p>		<p>>80 % dei pazienti a cui è stato assegnato il codice di priorità arancione con almeno 2 parametri misurati</p>
<p>% di pazienti con codice rosso che accedono al trattamento immediatamente</p>	<p><i>Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati</i></p>		<p>99% dei pazienti accettati con codice rosso</p>
<p>% di pazienti con codice arancione in urgenza che accedono al trattamento in 30 minuti</p>	<p><i>Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati. (Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero Ministero della salute 2019)</i></p>		<p>>70 % dei pazienti accettati con codice arancione</p>
<p>% di pazienti con codice azzurro in urgenza differibile che accedono al trattamento in 60 minuti</p>	<p><i>Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati. (Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero Ministero della salute 2019)</i></p>		<p>>70% dei pazienti accettati con codice azzurro</p>
<p>Numero di reclami relativi al triage formalizzati dall'utenza / numero di prestazioni totali</p>	<p><i>Permette di ottenere una misurazione di massima rispetto alla percezione che hanno gli utenti dell'attività di Triage</i></p>		<p><1%</p>
<p>Numero di pazienti che abbandonano il PS/ Numero di pazienti registrati in Triage</p>	<p><i>Riflette il grado di difficoltà dell'intera organizzazione di PS di fornire le prestazioni entro i tempi di attesa previsti.</i></p>		<p>≤4%</p>

CONCLUSIONI

Le presenti linee d'indirizzo definiscono il Triage come l'inizio del percorso di PS, secondo due obiettivi principali:

- individuazione della priorità di accesso alle cure;
- indirizzo a percorsi diagnostico-terapeutici appropriati.

Il Triage in PS è una funzione di competenza infermieristica, svolta da personale con appropriate competenze e attuata sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento.

Il documento recepisce le Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero, introducendo criteri, mutuati dalla letteratura scientifica internazionale, che caratterizzano i livelli di priorità secondo un modello multidimensionale che tiene conto e sintetizza, da un lato la criticità clinica del paziente che accede in PS, dall'altro la complessità clinico-organizzativa dei percorsi assistenziali definiti a livello aziendale.

Poiché il processo decisionale si configura come un processo dinamico, **questo documento non è esaustivo**, ma finalizzato a costituire un punto di riferimento anche rispetto alle evoluzioni future del sistema.

Lo stesso richiederà una declinazione a livello delle diverse organizzazioni aziendali, che potranno comprendere differenti percorsi di presa in carico; occorrerà inoltre prevedere modifiche nel tempo, sia perché con l'implementazione verrà acquisita esperienza applicativa, sia perché l'epidemiologia in continua evoluzione potrà rendere necessari ulteriori cambiamenti negli assetti organizzativi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Linee Di Indirizzo Nazionali Sul Triage Intraospedaliero, 2019.
- Regione Emilia-Romagna. Delibera di Giunta Regionale n. 1129 del 08/07/2019.
- Beveridge R, Clarke B, Janes L, et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. *Can J Emerg Med* 1999; 1(3suppl):22-28.
- Murray M, Bullard M, Grafstein E, for the CTAS and CEDIS National Working Groups Canadian Association of Emergency Physicians. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 2004; 6 (6)
- Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, et al., on behalf of the CTAS National Working Group Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016 *Can J Emerg Med*
- Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List for Use With NACRS (v.5.1) NACRS effective date: April 2018
- Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI) A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4 Implementation Handbook 2012 Edition
- Curtis LA, Morrell TD. Pain Management in the Emergency Department. *Emerg Med Pract* 2006; 8 (7).
- Hatherley C. Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department - A literature review *Australas Emerg Nurs J* 2016 Feb;19(1):26-36.
- Karcioğlu O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *Am J Emerg Med* 2018 Apr;36(4):707-714.
- Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, et al., PEMI Study Group. Pain in the emergency department. Results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460-466
- Grant PS. Analgesia delivery in the ED. *Am J Emerg Med* *Am J Emerg Med* 2006 Nov;24(7):806-9
- Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 FNOPI. ART. 18 - DOLORE L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.
- Zavoli S. Il dolore inutile. Garzanti 2005. ISBN: 9788811678519.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

Elenco dei motivi principali di presentazione al Triage di PS, suddiviso per aree tematiche, secondo i criteri del "Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) NACRS (v.5.1) Aprile 2018.

AMBIENTALE
Annegamento
Congelamento - lesioni da freddo
Esposizione a sostanze chimiche
Inalazione di sostanze tossiche
Ipotermia
Lesioni da corrente elettriche
Sospetto colpo di calore
CARDIO-VASCOLARE
Arresto cardiaco non traumatico
Arresto cardiaco traumatico
Arto caldo e arrossato
Arto freddo e senza polso
Astenia generalizzata
Cardiopalmò / polso irregolare
Dolore toracico di sospetta causa cardio-vascolare
Dolore toracico non sospetto per causa cardio-vascolare
Edema generalizzato
Gamba gonfia / edematosa
Ipertensione
Sincope / pre-sincope
DERMATOLOGICA
Abrasione
Altri problemi cutanei
Arrossamento / rammollimento mammario
Cianosi
Controllo di ferita
Corpo estraneo cutaneo
Ecchimosi spontanea
Eritema
Esclusione d'infestazione
Granuli, protuberanze e calli
Lacerazione / puntura
Lesione da morso
Lesione da puntura
Perdita di sangue e liquido corporeo

Prurito
Rimozione di sutura
Tumefazione arrossata
Ustione
GASTRO-INTESTINALE
Anoressia
Corpo estraneo nel cavo orale / esofago
Corpo estraneo rettale
Diarrea
Difficoltà di alimentazione nel neonato
Dolore / massa inguinale
Dolore addominale
Dolore rettale / perineale
Ematochezia / rettorragia / melena
Ittero
Ittero neonatale
Massa /distensione addominale
Nausea e/o vomito ripetuto
Singhiozzo
Stipsi
Trauma del retto/ano
Vomito ematico ripetuto
GENITO-URINARIA
Dolore al fianco
Macro-ematuria
Perdite / lesioni genitali
Tumefazione del pene
Dolore / tumefazione scrotale
Ritenzione di urina
Sintomi da infezione delle vie urinarie
Oliguria
Poliuria
Trauma genitale
ORL- ORECCHIO
Acufeni
Corpo estraneo condotto uditivo esterno
Otalgia
Otorrea
Perdita dell'udito
Trauma dell'orecchio
ORL - NASO
Congestione nasale, rinite allergica
Corpo estraneo naso
Epistassi
Flogosi delle alte vie respiratorie

Trauma nasale
ORL – RIMA BUCCALE, CAVO ORALE, COLLO
Disturbi alla deglutizione / disfagia
Dolore al volto (in assenza di traumi o problemi odontoiatrici)
Faringodinia
Gonfiore / dolore al collo
Odontalgia / problemi gengivali
Trauma del collo
Trauma facciale
NEUROLOGICA
Alterato livello di coscienza
Cefalea / emicrania
Convulsioni
Debolezza delle estremità / sintomi associati a malattia cerebrovascolare
Disturbo della marcia / atassia
Ipotonia del bambino
Perdita di sensibilità / parestesie
Stato di confusione
Trauma cranico
Tremori
Vertigini
PSICHIATRICA
Depressione / suicidio / autolesione
Ansia / crisi di panico situazionale
Allucinazioni /delusioni
Insonnia
Comportamento violento / omicida
Problemi sociali
Comportamento bizzarro
Preoccupazioni per il benessere del paziente
Bambino con comportamento distruttivo
OSTETRICA - GINECOLOGICA
Aggressione sessuale
Corpo estraneo in vagina
Dolore vaginale / dispareunia
Problemi in gravidanza <20-esima settimana
Problemi in gravidanza >20-esima settimana
Problemi mestruali
Problemi post-partum
Sanguinamento vaginale
Secrezioni vaginali
Tumefazione dei genitali esterni
OCULISTICA
Contaminazione con sostanza chimica
Corpo estraneo oculare

Diplopia
Disturbi del visus
Dolore oculare
Fotofobia
Occhio rosso con secrezioni
Trauma diretto all'occhio
Tumefazione peri-orbitale
Visita di controllo oculare
ORTOPEDICA
Amputazione
Controllo del gesso
Disturbo della marcia / marcia con dolore nel bambino
Dolore arti inferiori
Dolore arti superiori
Lesione arti inferiori
Lesione arti superiori
Lombalgia
Trauma al rachide / lesioni della colonna vertebrale
Tumefazione di articolazione / i
RESPIRATORIA
Apnee nel neonato
Arresto Respiratorio
Corpo estraneo nelle vie respiratorie
Dispnea
Emottisi
Iperventilazione
Reazione allergica
Respiro sibilante / Broncospasmo
Stridore respiratorio
Tosse / Congestione
SOSTANZE D'ABUSO
Abuso di sostanze / intossicazione
Overdose di sostanze
Sindrome d'astinenza
TRAUMA
Politrauma - contusivo
Politrauma – penetrante
Trauma addominale (unico distretto interessato) - penetrante
Trauma addominale (unico distretto interessato) contusivo
Trauma toracico (unico distretto interessato) – contusivo
Trauma toracico (unico distretto interessato) – penetrante
DISTURBI GENERALI E PROBLEMI MINORI
Cambio di medicazione
Chiarimenti per referti di diagnostica per immagini / laboratorio
Complicazioni successive a intervento chirurgico

Diagnostica per immagini / esami biochimici
Disturbi minori non specifici
Esposizione a malattie trasmissibili
Febbre / iperpiressia / ipertermia
Iperglicemia
Ipoglicemia
Neonato
Pallore / anemia
Paziente registrato che si allontana prima di completare il Triage
Pianto inconsolabile
Problema non noto
Problemi ad un dispositivo medico
Problemi in bambini con patologia congenita
Richiesta di consulenza specialistica urgente
Richiesta di prescrizione o prestazioni
Rimozione di anello
Successivo accesso per eseguire terapia

ALLEGATO 2

Scale di valutazione del dolore in corso di Triage adottate a seconda della categoria ed età della persona assistita.

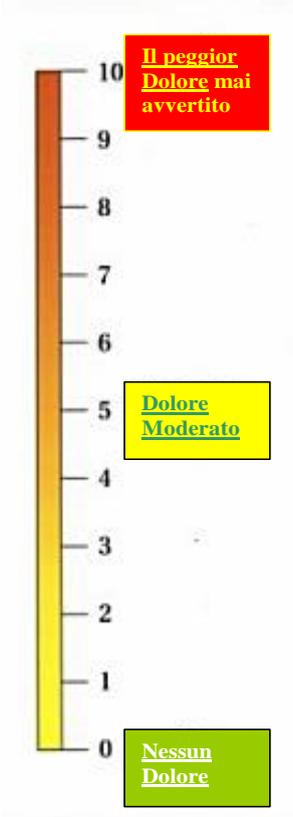
Sala PAINAD versione italiana

Scala PAINAD			
	0	1	2
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro alterato Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti Pianto
Espressione facciale	Sorridente inespressiva	o Triste, contratta	ansiosa, Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione. Ginocchia Piegate. Movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	Non necessità di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	o Inconsolabile: non si distrae né si rassicura
<i>0-1: Dolore assente</i>	<i>2-4: Dolore lieve</i>	<i>5-7: Dolore moderato</i>	<i>8-10: Dolore severo</i>

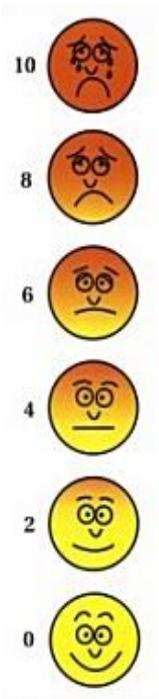
NRS (Numerical Rating Scale, scala numerica)



VRS (Verbal Rating Scale, scala verbale)



Scala Wong- Baker FACES



REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Maurizia Rolli, Responsabile del SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/1291

IN FEDE

Maurizia Rolli

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/1291

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1230 del 02/08/2021

Seduta Num. 37

OMISSIS

L'assessore Segretario

Corsini Andrea

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi